

Le service d'hématologie du centre hospitalier et universitaire de Bordeaux réalise une biocollection sur les hémopathies acquises. Son but est de permettre la découverte de marqueurs moléculaires prédictifs afin d'améliorer la prise en charge des patients. Cette biocollection est réalisée à partir d'un don de sang et/ou d'échantillons biologiques disponibles au décours de la prise en charge des patients. En cas d'absence de consentement, ces échantillons biologiques sont détruits. L'analyse de ces échantillons biologiques nécessite également le recueil des données médicales vous concernant. Afin de respecter la confidentialité, ces données seront systématiquement codées.

Merci de nous indiquer votre décision en **complétant et signant** ce document qui sera joint à votre dossier médical

Je déclare avoir compris les modalités et le but de ce recueil d'échantillons biologiques, qui m'ont été expliqués par le Dr _____

Cochez les cases correspondantes à votre situation et à votre choix :

Je soussigné(e)

Mme Mlle Mr.

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

né(e) le : ____/____/____ (date de naissance)

A : (lieu de naissance) _____

Je déclare être **majeur et capable**.

Je déclare que je suis libre de refuser ou d'accepter ma participation à la constitution de ce recueil d'échantillons biologiques, et à l'utilisation des données associées. Ma décision n'aura aucun effet sur ma prise en charge médicale, notamment sur les conditions dans lesquelles me sont et me seront apportés les soins.

Merci d'indiquer votre décision en cochant la ou les cases correspondantes à votre choix

Je consens à faire don de mes échantillons biologiques disponibles au décours de ma prise en charge et j'accepte que les échantillons de la biocollection et les données associées codées me concernant soient **conservés et utilisés par le service d'hématologie biologique au sein du CHU de bordeaux** à des fins de recherche scientifique y compris génétique, portant tout domaine de recherche.

J'accepte que mes échantillons biologiques, ainsi que les données associées codées soient **cédés, dans le respect de la réglementation et de toute règle de confidentialité, à un ou des tiers en France ou à l'étranger** afin qu'il(s) effectue(ent) des recherches scientifiques, y compris génétiques, portant sur tout domaine de recherche.

Je refuse de faire don de mes échantillons biologiques disponibles au décours de ma prise en charge **et de laisser l'usage de mes données de santé à des fins de recherche**.

Ce formulaire, ainsi que toutes les informations personnelles me concernant resteront strictement confidentiels, sont et resteront couverts par le secret professionnel médical, ainsi que par le respect du à ma vie privée. En vertu de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée (notamment par la loi n° 2004-801 du 6 Aout 2004) le traitement informatisé de mes données personnelles a été autorisé par la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et je dispose à cet égard d'un droit d'accès, d'opposition, et de rectification des données enregistrées sur l'informatique à tout moment, par l'intermédiaire de mon médecin.

Je suis libre de revenir sur ma décision en le signifiant :

au médecin responsable de la biocollection sur le CH de Dax : Dr LE PLUART Bruno

par courrier à l'adresse suivante CH Dax, Boulevard Yves du Manoir 40107 Dax, laboratoire de biologie

ou par téléphone 05 58 91 39 92 ou par fax 05 58 91 39 91 ou par mail lepluartb@ch-dax.fr

Date : ____/____/____

Signature du patient

Signature du médecin