Consentement à la conservation et l'utilisation des échantillons biologiques collectés au cours des soins, et de leurs données médicales associées

Madame, Monsieur,

A l'occasion des soins que votre état de santé nécessite, des prélèvements de sang, de cellules, de tissus ou de liquides biologiques ont été réalisé pour établir le diagnostic de votre **maladie hématologique** et adapter votre traitement.

Après avoir effectué les analyses nécessaires à votre prise en charge, dans le cas où vos prélèvements n'auraient pas été utilisés en totalité, le CHU de Limoges conservera le reliquat pour une durée indéterminée au Centre de Ressources Biologiques, CRBiolim (dans la biothèque du service d'hématologie biologique) :

- Une partie sera conservée de façon prioritaire, dans votre intérêt, pour une éventuelle utilisation ultérieure dans le cadre de votre prise en charge
- Une autre partie pourra, sauf opposition de votre part, être anonymisée puis utilisée pour la recherche médicale ou scientifique. Nous envisageons des analyses sur les cellules, l'ADN, l'ARN et les protéines issus de vos échantillons conservés. Pour ces recherches menées dans le domaine de votre pathologie, un examen de vos caractéristiques génétiques peut s'avérer nécessaire. Egalement ce reliquat pourra être cédé à d'autres équipes de recherche, dans le respect de la confidentialité.

L'analyse de ces échantillons dans le cadre de la recherche, peut nécessiter le recueil de données médicales vous concernant dans un fichier informatisé. Ces données seront également anonymisées, votre identité ne sera jamais divulguée. Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification mais également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel.

Conformément à la législation, vous ne pouvez obtenir de rémunération pour cette démarche.

Vous pouvez, librement, à tout moment, et sans conséquence pour votre prise en charge, vous opposer à cette utilisation ou revenir sur votre décision, en vous adressant à votre médecin ou à :

Mme Le Dr N. Gachard
Laboratoire d'hématologie – CHU de Limoges,
2 avenue Martin Luther King 87000 Limoges (Tel : 05 55 05 61 80)

Professionnel de santé ayant remis l'information

Nom, Qualité :

……

Signature

……

NOM, Prénom et date de naissance du patient
(ou de son représentant légal)
(ou étiquette patient) :

Je reconnais avoir reçu toute information nécessaire
en date du ……/……/……

☐ **J'accepte cette démarche et donne mon consentement**

☐ **Je refuse**

Signature du patient

……

Document en 2 exemplaires : l'exemplaire original est remis au patient, un double est conservé à la biothèque du laboratoire d'hématologie.