

AUTORISATION POUR PRELEVEMENT SANGUIN A DES FINS DE RECHERCHE

Je soussigné(e),

Né(e) le/...../.....

Accepte de faire don de prélèvements sanguins à des fins de recherche ainsi que le recueil, la saisie et le traitement des données contenues dans mon dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel, ceci à des fins de recherches médicales. Les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Les prélèvements seront codés pour respecter l'anonymat, en aucun cas mon nom n'apparaîtra dans les publications des résultats.

J'autorise l'utilisation de mon prélèvement pour la recherche sur la maladie qui me concerne. La recherche peut s'étendre sur plusieurs années.

Seule la Professeure Farge-Bancel, ou les personnes mandatées par elle de l'équipe 3 de l'EA-3518 Université Paris 7, pourront faire procéder aux examens évoqués dans le seul objectif auquel j'ai souscrit.

A tout moment, je peux demander que ma participation à l'étude entreprise soit interrompue ou que les résultats me concernant me soient communiqués.

Conformément à la loi " Informatique et Libertés ", je peux exercer mon droit d'accès par l'intermédiaire d'un médecin,

Fait à **Le**/...../..... .

Signature du sujet prélevé

Signature du Médecin