

## BIOPSIE DE PEAU

(Patient(e) n'ayant jamais eu de biopsie cutanée au sein du service)

### Consentement éclairé du Patient

Je soussigné(e), .....  
né(e) le ...../...../..... accepte la réalisation de biopsies et l'utilisation des prélèvements à des fins de recherche. Les biopsies utilisées dans ce dernier cadre seront anonymisées ; en aucun cas mon nom n'apparaîtra dans les publications des résultats.

La recherche peut s'étendre sur plusieurs années.

Seul le Pr Farge-Bancel, ou les personnes, mandatées par elle de l'unité de recherche EA-3518 de l'hôpital Saint-Louis et les collaborateurs, pourront utiliser mes prélèvements dans le cadre de la recherche.

A tout moment, je peux demander que l'étude entreprise soit interrompue chez moi ou que les résultats me soient communiqués sans avoir à fournir d'explication.

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

Signature du Médecin

*NB : les pages de ce document sont réalisées en deux exemplaires originaux dont l'un sera gardé par le médecin et l'autre remis à la personne donnant son consentement.*

## BIOPSIE DE PEAU

(Patient(e) ayant déjà eu une ou plusieurs biopsies cutanées au sein du service)

### Consentement éclairé du Patient

Je soussigné(e), .....  
né(e) le ...../...../..... accepte la réalisation de biopsies et l'utilisation des prélèvements à des fins de recherche. Les biopsies utilisées dans ce dernier cadre seront anonymisées ; en aucun cas mon nom n'apparaîtra dans les publications des résultats.

J'accepte également que les biopsies antérieures à ce consentement et réalisées dans le service du professeur Farge soient utilisées dans le même cadre et les mêmes conditions.

La recherche peut s'étendre sur plusieurs années.

Seul le Pr Farge-Bancel, ou les personnes, mandatées par elle de l'unité de recherche EA-3518 de l'hôpital Saint-Louis et les collaborateurs, pourront utiliser mes prélèvements dans le cadre de la recherche.

A tout moment, je peux demander que l'étude entreprise soit interrompue chez moi ou que les résultats me soient communiqués sans avoir à fournir d'explication.

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

Signature du Médecin

*NB : les pages de ce document sont réalisées en deux exemplaires originaux dont l'un sera gardé par le médecin et l'autre remis à la personne donnant son consentement.*