

● CONSENTEMENT

Je soussigné(e) :

Né(e) le (JJ/MM/AAAA) :

Représentant légal de :

Né(e) le (JJ/MM/AAAA) :

- ☐ déclare avoir pris connaissance du « Document d'information aux patients » dans sa version de janvier 2012 ;
- ☐ déclare ne pas s'opposer à l'échange et à la conservation d'informations me concernant (ou concernant mon enfant), dans le respect du secret médical, de la vie privée et conformément à la loi « Informatique et Libertés » et à la loi du 4 mars 2002, au sein du Réseau ONCOLIE ;
- ☐ déclare ne pas s'opposer à la transmission au Registre des Tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort d'informations me concernant (ou concernant mon enfant) ;
- ☐ déclare ne pas s'opposer à la conservation et à l'utilisation des échantillons biologiques, tissulaires et sanguins prélevés sur moi (ou sur mon enfant) à fin de recherche (à l'exclusion de recherches génétiques) ;
- ☐ déclare ne pas s'opposer à la conservation et l'utilisation des échantillons biologiques, tissulaires et sanguins prélevés sur moi (ou sur mon enfant) pour des recherches nécessitant des examens visant à déterminer des caractéristiques génétiques constitutionnelles (ou de celles de mon enfant).

(merci de cocher les cases)

Nom et coordonnées de mon médecin spécialiste :

Nom et coordonnées de mon médecin traitant :

Fait à le .. / .. /20 ..

Signature

Exemplaire :

- **blanc** pour le patient,
- **rose** pour le dossier médical
- **bleu** pour le Réseau ONCOLIE : Réseau Oncolie – 12 b rue du Pr. Paul Milleret – 25000 BESANCON
- **jaune** pour la Tumorothèque : Tumorothèque Régionale de Franche-Comté - CHRU de Besançon - 3 boulevard Alexandre Fleming - 25030 BESANCON cedex

Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision sans conséquence sur la prise en charge de votre maladie (ou celle de votre enfant). Vous exprimerez alors votre opposition par courrier auprès du Réseau Oncolie, 12b, rue du Pr. Paul Milleret, 25000 Besançon