

CONSENTEMENT

Identité du patient :

NOM : NOM de naissance :
Prénom :
Né(e) le (JJ/MM/AAAA) : Lieu de Naissance :
Sexe : ☐ M ☐ F

Pour les patients mineurs ou sous tutelle, identité du représentant légal :

NOM - Prénom :
Né(e) le (JJ/MM/AAAA) :

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance du « Document d'information aux patients ».

- J'autorise la conservation et l'utilisation des données médicales, des échantillons biologiques, tissulaires et sanguins prélevés sur moi (ou sur mon enfant) à des fins de recherche (à l'exclusion de recherches génétiques germinales).

Si vous refusez, cochez ici : ☐ NON

Nom et coordonnées de mon médecin spécialiste :

Nom et coordonnées de mon médecin traitant :

Fait à le .. / .. / 20 .. Signature :

Exemplaire :

- **Blanc** pour le **patient**,
- **Jaune** pour le **CRB-Tumorothèque** : *Service d'anatomie pathologique – CHU de Besançon
3 boulevard Alexandre Fleming – 25030 BESANCON cedex*
- **Bleu** pour le **dossier médical**

*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 à l'adresse indiquée ci-dessus.*