

**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

- J'autorise la transmission au Registre des Tumeurs du Doubs ou aux acteurs de la recherche clinique d'informations me concernant (ou concernant mon enfant).

Si vous refusez, cochez ici :  NON

- J'autorise 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).

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 la **Tumorothèque** : *Tumorothèque Régionale de Franche-Comté – 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.*