

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 **Tumorotheque** : *Tumorotheque 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.