



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CAEN NORMANDIE
LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE

Av. de la Côte de Nacre – CS 30001- 14033 Caen Cedex 9
Contact Dr Dina NAGUIB : 0231064381

**Formulaire d'Information et de Recueil de Consentement
des titulaires de l'autorité parentale**

Pour les patients mineurs, ce document doit être remis aux titulaires de l'autorité parentale, avec un double dans le dossier du patient. Il doit être signé par les titulaires de l'autorité parentale. Un exemplaire doit être transmis avec le prélèvement au Laboratoire d'Hématologie

Madame, Monsieur,

Nous allons (ou avons) réalisé à votre enfant un prélèvement de sang, de moelle, ou de ganglion. Ce prélèvement servira pour la réalisation des analyses biologiques nécessaires pour établir le diagnostic et adapter le traitement qui lui sera proposé.

Au cas où le prélèvement n'aurait pas été utilisé en totalité pour établir le diagnostic, nous conserverons l'échantillon restant. Le lieu de conservation est le laboratoire d'hématologie du Centre Hospitalier Universitaire Caen Normandie,. Une partie de cet échantillon sera conservée pour une éventuelle utilisation ultérieure dans le cadre de son traitement. Si vous y consentez, une autre partie sera utilisée pour des recherches médicales ou scientifiques dans le champ des maladies du sang, dans le respect de la confidentialité. Pour ces recherches votre accord est nécessaire. Vous pouvez l'exprimer en signant le présent document. Cet accord est révoquant à tout moment.

Nb : Aucun examen de vos caractéristiques génétiques constitutionnelles ne sera réalisé sans consentement écrit et spécifique de votre part.

PATIENT Nom/Prénom : Signature pour accord :

PERE Nom/Prénom : Signature pour accord :

MERE Nom/Prénom : Signature pour accord :

Date de la remise de ce document :

Cadre réservé au service

Le responsable de la consultation (nom et qualité) :

Signature :

*Conformément à la loi (art. 16-1 et 16-6 du code civil), ce prélèvement ne pourra être cédé à titre commercial, ni donner lieu à une rémunération à votre bénéfice. Il pourra être utilisé pour des recherches effectuées en partenariat avec un ou plusieurs organismes publics ou privés.



* Les données médicales associées au prélèvement seront réunies sur un fichier informatique permettant leur traitement automatisé dans le cadre des recherches. Vous disposez à leur égard d'un droit d'accès de modification et d'opposition conformément à la loi.

*Les informations portées sur ce document sont confidentielles et couvertes par le secret médical. A aucun moment, les données personnelles qui y figurent n'apparaîtront lors de la publication des résultats des travaux de recherche.

PB-MOCAE-DE-928 V2