

Formulaire de recueil de consentement :  
Programme de recherche COBLAnCE sur les lésions vésicales

Je soussigné(e) Mme, Mr (Prénom, Nom) : .....

Accepte

- librement et volontairement de participer à l'étude COBLAnCE et à la constitution de la collection d'échantillons biologiques associée, menée par l'INSERM, qui m'a été proposée par le Docteur (Nom, Prénom) .....  
médecin investigateur dans ce projet,
- que des échantillons de sang, d'urine et de tissu vésical soient prélevés et utilisés à des fins de recherche scientifique,
- que des analyses génétiques soient réalisées sur les prélèvements biologiques afin d'identifier des facteurs prédictifs des lésions vésicales et d'identifier les thérapies les mieux adaptées au profil génétique des patients,
- que les données me concernant puissent être utilisées par une institution académique ou privée.

Le médecin investigateur, qui m'a informé(e) et a répondu à toutes mes questions, m'a précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche,

Je pourrai avoir communication par le médecin investigateur, si je le souhaite, au cours ou à l'issue de la recherche, des informations qu'il détient concernant ma santé,

Je suis affilié(e) ou bénéficie d'un régime de sécurité sociale.

Je consens au recueil, à la saisie et au traitement des données contenues dans mon dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel. J'accepte également que les données générées dans le cadre de cette recherche et notamment les données génétiques puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le responsable scientifique de l'étude ou pour son compte. Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles et anonymes.

Je pourrai exercer à tout moment mon droit de rectification et de d'opposition auprès de mon médecin sans que mon suivi médical s'en trouve modifié.

Je pourrai à tout moment demander que mon dossier soit retiré de l'analyse et que mes échantillons biologiques et les données associées soient détruits en informant mon médecin de ma décision.

Fait à .....

Le : .....

Signature du patient :

Signature du médecin :

**Ce document est à signer en 3 exemplaires originaux, dont le premier est remis à la personne donnant son consentement, le second est conservé par le médecin et le troisième est transmis au responsable scientifique de l'étude.**