

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT COLLECTION BIOLOGIQUE

Je soussigné(e) Nom Prénom

Né(e) le ____ / ____ / ____

☐ Agissant pour moi-même (patient âgé de dix-huit ans ou plus)☐ Agissant pour moi-même (patient mineur âgé de plus de quinze ans et inférieur à dix-huit ans)☐ En qualité de représentant légal du mineur :

Nom Prénom

Né(e) le ____ / ____ / ____

☐ En qualité de personne de confiance du majeur dans l'incapacité de consentir ou de représentant légal du majeur protégé :

Nom Prénom

Né(e) le ____ / ____ / ____

• Certifie être informé(e) que le **Centre de Ressources Biologiques des Hospices Civils de Lyon (CRB HCL)** a pour vocation de collecter, conserver, utiliser et mettre à disposition des prélèvements biologiques d'origine humaine (tissus, liquides biologiques, cellules, dérivés) à des fins de recherche scientifique, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique (CSP).

• Certifie être informé(e) que les prélèvements recueillis dans le cadre de ma prise en charge médicale ou de celle de mon proche, leurs dérivés et leurs données associées seront conditionnés et conservés au sein du CRB HCL pour les utiliser à des fins de recherche scientifique. Mes données nominatives médicales ou celles de mon proche feront l'objet d'un traitement dont les responsables sont les HCL, par fichier informatique autorisé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Je dispose sur ces données d'un droit d'accès, de vérification, de correction, de portabilité (le cas échéant), d'effacement, de limitation et d'opposition à leur traitement et à leur transmission ainsi qu'un droit de destruction des prélèvements biologiques me concernant ou concernant mon proche. Je suis libre, à tout moment et quelles que soient mes motivations d'exercer ces droits. Et pour cela, je peux m'adresser au médecin cité ci-dessous ou adresser un mail à : crb@chu-lyon.fr.

• Certifie être informé(e) que ces prélèvements, leurs dérivés et leurs données associées pourront être mis à disposition à des équipes de recherche publiques ou privées externes aux HCL, pour la réalisation de projets de recherche en France ou à l'étranger en préservant l'anonymat. En cas de transfert de données à caractère personnel hors de l'Union Européenne et/ ou vers un pays ne garantissant pas un niveau de protection suffisant par rapport à l'Union Européenne ou à une organisation internationale, les HCL mettront en place des garanties appropriées pour ce transfert (Clauses Contractuelles Spécifiques CCS). Si je souhaite obtenir une copie des CCS, si j'ai des questions ou des réclamations au sujet du traitement de ces données, je peux m'adresser au

Délégué à la Protection des Données (DPO) des HCL à l'adresse suivante : dpo@chu-lyon.fr. Enfin, si j'estime, après l'avoir contacté, que mes droits sur ces données ne sont pas respectés, je peux adresser une réclamation à la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte>.

- Certifie être informé(e) que des **analyses biologiques, y compris une analyse des caractéristiques génétiques** pourront être envisagées sur ces prélèvements à des fins de recherche scientifique. Dans le cas où les résultats de ces analyses seraient déterminants pour ma santé ou celle de mon proche, le médecin traitant en sera informé.
- Certifie être informé(e) que mes données ou celles de mon proche seront conservées **jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche les utilisant ou, en cas d'absence de publication jusqu'au rapport final de celle-ci, puis elles seront archivées conformément à la réglementation en vigueur ou pour une durée maximum de 20 ans.** .
- J'ai pu obtenir toutes les informations nécessaires à ma prise de décision. J'ai bien compris que **j'étais libre d'accepter ou de refuser** et, quelle que soit ma décision, cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins dont je bénéficie ou dont bénéficie mon proche.

☐ **J'accepte** ☐ **Je refuse** qu'une partie de mes prélèvements biologiques et les données associées, ou ceux de mon proche, soient conservés au sein du CRB HCL et utilisés à des fins de recherche.

☐ **J'accepte** ☐ **Je refuse** qu'une analyse des caractéristiques génétiques puisse être réalisée, dont l'objectif serait l'étude des gènes pouvant être associés à ma maladie ou à la maladie pour laquelle mon proche est suivi.

Date : ____ / ____ / ____

Nom, Prénom du patient ou de son représentant :

Nom, Prénom du médecin :

Signature du patient ou de son représentant :

Signature du médecin :