

Déclaration de consentement pour l'utilisation des données de santé et des échantillons à des fins de recherche pour le ou la patient·e mineur·e de 14 ans à 17 ans

Nom et prénom du/de la patient·e

Date de naissance du/de la patient·e

Nom et prénom du/de la représentant·e légal·e

Adresse du/de la représentant·e légal·e

Indiquer le lien avec le/la patient·e mineur·e

No téléphone du/de la représentant·e légal·e

A. J'accepte que mes données de santé et les échantillons biologiques résiduels collectés durant les soins (consultations ambulatoires et hospitalisations) résiduels soient conservés, transmis et utilisés à des fins de recherche.

oui non

Quelle que soit votre réponse, veuillez passer au point B.

B. Confirmation de ma décision

J'ai compris :

- les explications sur la réutilisation des données de santé et échantillons biologiques à des fins de recherche, détaillées dans la brochure d'information;
- que je suis libre de contacter l'HFR aux coordonnées indiquées au bas de ce formulaire, ou un/une médecin HFR pour obtenir de plus amples informations et explications;
- que mes données personnelles sont protégées et qu'elles ne seront utilisées pour la recherche que de manière codée ou anonymisée;
- que mes données et échantillons biologiques peuvent être utilisés dans des projets de recherche nationaux et internationaux, dans les secteurs public et privé;
- que les projets peuvent inclure des analyses génétiques sur ses échantillons, à des fins de recherche;
- que mes décisions sont libres et volontaires et ne changent rien à mon traitement médical ;
- que mes décisions sont valables jusqu'à mes 18 ans, à moins que je ne change d'avis entre temps ;
- que je peux retirer ce consentement à n'importe quel moment sans devoir expliquer pourquoi ;
- que dès 18 ans, j'aurai à nouveau la possibilité d'exprimer mon choix de participer ou non à la recherche ;
- que je pourrais être recontacté·e dans le cas où des résultats pertinents pour ma santé seraient mis en évidence;

- que si je coche « NON » au point A en signant cette déclaration, mes données cliniques et échantillons biologiques ne pourront pas être utilisés pour la recherche ;
- que si je ne signe pas la déclaration de consentement la loi prévoit que mes données et échantillons pourront exceptionnellement être utilisés si la commission d'éthique compétente donne son autorisation spéciale.

Lieu et date

Signature du/de la patient·e

Lieu et date

Signature du/de la représentant·e légal·e

- La personne mineure n'est pas en mesure de prendre cette décision et de signer ce document. Dans ce cas, la signature du ou de la représentant·e légal·e est obligatoire.

Le parent signataire est tenu d'en informer l'autre parent.

En cas de question ou de remarque, n'hésitez pas à nous contacter.

Par courrier :

HFR - hôpital fribourgeois Direction médicale
Case postale 1708 Fribourg

Par e-mail :

direction.medicale@h-fr.ch

Par téléphone :

Direction médicale
T +41 26 306 01 60
Lu - Ve : 08h30 - 11h30 / 13h30 - 16h30

Informations complémentaires

www.h-fr.ch/nos-recherches/consentement-general

