Fondation de Nant
CP 416
CH – 1800 Vevey 1
Tél. +41 21 965 70 00
consentement.recherche@nant.ch
www.nant.ch

Déclaration de consentement pour l'utilisation des données de santé à des fins de recherche

Nom et prénom

Date de naissance

A J'accepte que mes données de santé collectées durant les soins (consultations ambulatoires et hospitalisations) soient conservées, transmises et utilisées à des fins de recherche.

❑ OUI ❑ NON

B Confirmation de ma décision

J'ai compris :

- les explications sur la réutilisation de mes données cliniques à des fins de recherche, détaillées dans la brochure d'information;
- que je suis libre de contacter un.e professionnel.le de santé en charge de mes soins à la Fondation de Nant 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 peuvent être utilisées dans des projets de recherche nationaux et internationaux, dans les secteurs public et privé;
- que ma décision est volontaire et n'a pas d'effet sur mon traitement médical;
- que ma décision est valable pour une durée illimitée à moins que je retire mon consentement;
- que je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment sans avoir à justifier ma décision;
- que si je coche « NON » au point A en signant cette déclaration, mes données cliniques ne pourront pas être utilisées pour la recherche;
- que si je ne signe pas la déclaration de consentement (absence de réponse), la loi prévoit que mes données pourront exceptionnellement être utilisées si la commission d'éthique compétente donne son autorisation spéciale.

Lieu et date Signature de la patiente ou du patient

SECTEUR PSYCHIATRIQUE DE L'EST VAUDOIS

nant