

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

Nom et prénom du ou de la patient·e

Date de naissance du ou de la patient·e

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

Adresse et numéro de téléphone du ou de la représentant·e légal·e

Indiquer le lien avec le ou la patient·e

Adresse email du ou de la représentant·e légal·e

A J'accepte que les données de santé collectées durant les soins (consultations ambulatoires et hospitalisations) de la personne que je représente mentionnée ci-dessus soient conservés, transmis et utilisés à des fins de recherche.

☐ OUI

☐ NON

B Confirmation de ma décision

En tant que représentant·e légal·e de la personne identifiée ci-dessus, j'ai compris :

- que je prends les décisions ci-dessus en son nom ;
- que je l'informerai, dans la mesure de ses capacités, sur les décisions que j'ai prises dans le cadre du consentement général à la recherche de la Fondation de Nant ; j'en informerai également la personne qui me succéderait comme représentant·e légal·e ;
- que si cette personne retrouve sa capacité de discernement, j'en informerai la Fondation de Nant afin qu'elle puisse faire part de sa décision en complétant un nouveau formulaire ;
- les explications sur la réutilisation des données cliniques et échantillons biologiques à des fins de recherche, détaillées dans la brochure d'information ;
- que je suis libre de contacter la Fondation de Nant aux coordonnées indiquées au bas de ce formulaire, ou un ou une professionnel·le de santé en charge des soins pour obtenir de plus amples informations et explications ;

- que les données personnelles de la personne concernée sont protégées et qu'elles ne seront utilisées pour la recherche que de manière codée ou anonymisée ;
- que ses données peuvent être utilisés 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 le traitement médical de la personne concernée ;
- que ma décision est valable pour une durée illimitée à moins que je retire ce consentement ou que la personne concernée récupère sa capacité de discernement et qu'elle indique son refus de participer à la recherche ;
- que je peux retirer ce consentement à n'importe quel moment sans avoir à justifier ma décision ;
- que si je coche « NON » au point A en signant cette déclaration, ses données cliniques ne pourront pas être utilisés pour la recherche ;
- que si je ne signe pas la déclaration de consentement (absence de réponse), la loi prévoit que ses données et échantillons pourront exceptionnellement être utilisés si la commission d'éthique compétente donne son autorisation spéciale.

Lieu et date

Signature du ou de la représentant-e légal-e

Si la personne concernée revient à la Fondation de Nant et qu'elle est capable de discernement au sujet du présent consentement, elle recevra la documentation à son nom pour se positionner sur la réutilisation à des fins de recherche de ses données. Dans l'intervalle, le consentement du ou de la représentant-e légal-e demeure valable.

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

Par email :

consentement.recherche@nant.ch

Par courrier :

Fondation de Nant
Route de Nant 15
1804 Corsier-sur-Vevey

Par téléphone :

021 965 70 00
Lu-ve 8h00-12h et 13-16h

