



Réseau de Cancérologie Oncolie

2 boulevard Fleming

25030 Besançon

Tél : 03 81 53 92 38

Fax : 03 81 800 777

E-mail : reseau-cancero@oncolie.fr

Exemplaire à retourner au Réseau Oncolie

Réseau ONCOLIE - 2 boulevard Fleming – 25030 BESANCON

● CONSENTEMENT

Je soussigné(e) :

Né(e) le (JJ/MM/AAAA) :

Représentant légal de :

Né(e) le (JJ/MM/AAAA) :

- déclare avoir pris connaissance du « Document d'information aux patients » dans sa version de février 2016 ;
- déclare ne pas m'opposer à l'échange et à la conservation d'informations me concernant (ou concernant mon enfant), dans le respect du secret médical, de la vie privée et conformément à la loi « Informatique et Libertés », au sein du Réseau ONCOLIE ;
- déclare ne pas m'opposer à la transmission au Registre des Tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort ou aux acteurs de la recherche clinique d'informations me concernant (ou concernant mon enfant) ;
- déclare ne pas m'opposer à la conservation et à l'utilisation des échantillons biologiques, tissulaires et sanguins prélevés sur moi (ou sur mon enfant) à fin de recherche (à l'exclusion de recherches génétiques germinales) ;
- déclare ne pas m'opposer à la conservation et l'utilisation des échantillons biologiques, tissulaires et sanguins prélevés sur moi (ou sur mon enfant) pour des recherches nécessitant des examens visant à déterminer des caractéristiques génétiques constitutionnelles (ou de celles de mon enfant).

(merci de cocher les cases)

Nom et coordonnées de mon médecin spécialiste :

Nom et coordonnées de mon médecin traitant :

Fait à le . . / . . /20 . .

Signature

Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision sans conséquence sur la prise en charge de votre maladie (ou celle de votre enfant). Vous exprimerez alors votre opposition par courrier auprès du Réseau Oncolie, 2 boulevard Fleming, 25030 Besançon

Exemplaire à transmettre à la Tumorothèque
Tumorothèque Régionale de Franche-Comté - CHRU de Besançon
- 3 boulevard Alexandre Fleming - 25030 BESANCON cedex

● CONSENTEMENT

Je soussigné(e) :

Né(e) le (JJ/MM/AAAA) :

Représentant légal de :

Né(e) le (JJ/MM/AAAA) :

- déclare avoir pris connaissance du « Document d'information aux patients » dans sa version de février 2016 ;
- déclare ne pas m'opposer à l'échange et à la conservation d'informations me concernant (ou concernant mon enfant), dans le respect du secret médical, de la vie privée et conformément à la loi « Informatique et Libertés », au sein du Réseau ONCOLIE ;
- déclare ne pas m'opposer à la transmission au Registre des Tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort ou aux acteurs de la recherche clinique d'informations me concernant (ou concernant mon enfant) ;
- déclare ne pas m'opposer à la conservation et à l'utilisation des échantillons biologiques, tissulaires et sanguins prélevés sur moi (ou sur mon enfant) à fin de recherche (à l'exclusion de recherches génétiques germinales) ;
- déclare ne pas m'opposer à la conservation et l'utilisation des échantillons biologiques, tissulaires et sanguins prélevés sur moi (ou sur mon enfant) pour des recherches nécessitant des examens visant à déterminer des caractéristiques génétiques constitutionnelles (ou de celles de mon enfant).

(merci de cocher les cases)

Nom et coordonnées de mon médecin spécialiste :

Nom et coordonnées de mon médecin traitant :

Fait à le . . / . . /20 . .

Signature

Exemplaire à classer dans le dossier du patient

● CONSENTEMENT

Je soussigné(e) :

Né(e) le (JJ/MM/AAAA) :

Représentant légal de :

Né(e) le (JJ/MM/AAAA) :

- déclare avoir pris connaissance du « Document d'information aux patients » dans sa version de février 2016 ;
- déclare ne pas m'opposer à l'échange et à la conservation d'informations me concernant (ou concernant mon enfant), dans le respect du secret médical, de la vie privée et conformément à la loi « Informatique et Libertés », au sein du Réseau ONCOLIE ;
- déclare ne pas m'opposer à la transmission au Registre des Tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort ou aux acteurs de la recherche clinique d'informations me concernant (ou concernant mon enfant) ;
- déclare ne pas m'opposer à la conservation et à l'utilisation des échantillons biologiques, tissulaires et sanguins prélevés sur moi (ou sur mon enfant) à fin de recherche (à l'exclusion de recherches génétiques germinales) ;
- déclare ne pas m'opposer à la conservation et l'utilisation des échantillons biologiques, tissulaires et sanguins prélevés sur moi (ou sur mon enfant) pour des recherches nécessitant des examens visant à déterminer des caractéristiques génétiques constitutionnelles (ou de celles de mon enfant).

(merci de cocher les cases)

Nom et coordonnées de mon médecin spécialiste :

Nom et coordonnées de mon médecin traitant :

Fait à le . . / . . / 20 . .

Signature

Exemplaire à conserver par le patient

● CONSENTEMENT

Je soussigné(e) :

Né(e) le (JJ/MM/AAAA) :

Représentant légal de :

Né(e) le (JJ/MM/AAAA) :

- déclare avoir pris connaissance du « Document d'information aux patients » dans sa version de février 2016 ;
- déclare ne pas m'opposer à l'échange et à la conservation d'informations me concernant (ou concernant mon enfant), dans le respect du secret médical, de la vie privée et conformément à la loi « Informatique et Libertés », au sein du Réseau ONCOLIE ;
- déclare ne pas m'opposer à la transmission au Registre des Tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort ou aux acteurs de la recherche clinique d'informations me concernant (ou concernant mon enfant) ;
- déclare ne pas m'opposer à la conservation et à l'utilisation des échantillons biologiques, tissulaires et sanguins prélevés sur moi (ou sur mon enfant) à fin de recherche (à l'exclusion de recherches génétiques germinales) ;
- déclare ne pas m'opposer à la conservation et l'utilisation des échantillons biologiques, tissulaires et sanguins prélevés sur moi (ou sur mon enfant) pour des recherches nécessitant des examens visant à déterminer des caractéristiques génétiques constitutionnelles (ou de celles de mon enfant).

(merci de cocher les cases)

Nom et coordonnées de mon médecin spécialiste :

Nom et coordonnées de mon médecin traitant :

Fait à le . . / . . /20 . .

Signature

Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision sans conséquence sur la prise en charge de votre maladie (ou celle de votre enfant). Vous exprimerez alors votre opposition par courrier auprès du Réseau Oncolie. 2 boulevard Fleming. 25030 Besançon