

Nom :

Date de naissance :

## CONSENTEMENT POUR L'UTILISATION DES DONNÉES DE SANTÉ

**A** J'accepte que mes données de santé collectées durant les soins (consultation ambulatoire et hospitalisation) soient traitées (conservées, transmises et utilisées) à des fins de recherche.

Par données de santé, on entend :

- Données personnelles générales (âge, sexe, antécédents médicaux, traitement habituel, statut tabagique, pays ou région de domicile, etc.)
- Données personnelles physiologiques mesurables d'un individu (poids, taille, etc.) y compris des données potentiellement biométriques telles que l'imagerie de l'œil
- Données personnelles cliniques (diagnostics, signes et symptômes, traitements médicaux spécifiques, etc., ainsi que données d'imagerie médicale, de laboratoire et toutes autres données médicales utiles)

OUI

NON

**B** Par ma signature, je confirme avoir compris

- ▶ les explications sur la réutilisation de mes données de santé à des fins de recherche médicale détaillées dans le document d'information ;
- ▶ que je suis libre de contacter un professionnel de santé en charge de mes soins à l'Hôpital ophtalmique pour obtenir de plus amples informations et explications ;
- ▶ que mon consentement ou refus de consentement est volontaire et n'a pas d'effet sur mon traitement médical ;
- ▶ que si je donne mon consentement en cochant « OUI » au point A :
  - mes données de santé peuvent être utilisées dans des projets de recherche nationaux et internationaux, dans les secteurs public et privé ;
  - **mes données de santé sont protégées** et ne seront utilisées à des fins de recherche que de manière codée ou anonymisée ;
  - je pourrais être recontacté-e dans le cas où des résultats pertinents me concernant seraient mis en évidence ;
  - mon consentement est valable pour une durée illimitée à moins que je le retire ;
  - je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment sans avoir à justifier ma décision ;
- ▶ que si je coche « NON » au point A, mes données de santé ne pourront pas être utilisées à des fins de recherche.
- ▶ que si je ne signe pas la déclaration de consentement, la loi prévoit que mes données pourront exceptionnellement être utilisées si la commission d'éthique compétente donne son autorisation spéciale.

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Signature du ou de la patient-e



En cas de question ou de remarque, n'hésitez pas à nous contacter.  
Centre d'investigation clinique CIC, Fondation Asile des aveugles, Av. de France 15  
CP 5143 - 1002 Lausanne  
021 626 82 11

