

Nom : «Nom», «Prénom»

Date de naissance : «DoB»

CONSENTEMENT POUR L'UTILISATION DES DONNÉES DE SANTÉ

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 » :
 - 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 », 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.

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

OUI

NON

Lieu : _____

Signature du ou de la patient-e :

Date : / /





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

