



Opposition à l'utilisation des données pour la recherche clinique

Si vous souhaitez vous opposer à l'utilisation de vos données de santé et/ou de vos échantillons dans le cadre de protocoles de recherche clinique au sein de notre établissement, merci de compléter ce formulaire. Votre opposition n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins médicaux qui vous seront prodigués ni sur votre relation avec les équipes médicales et soignantes.

A compléter par le(la) patient(e)

Prénom/Nom :

Date de naissance : ___/___/_____

Adresse postale :
.....

Coordonnées du représentant légal

Prénom/Nom :

Adresse postale:
.....

Je soussigné(e) en qualité de :

- vous-même en tant que patient majeur
- vous-même en tant que patient mineur (âgé de 15 à 18 ans)
- parents pour un enfant mineur (âgé de moins de 15 ans)
- personne de confiance choisie par le patient
- tuteur du majeur protégé

m'oppose pour moi-même ou pour la personne que je représente

- à l'utilisation des données de santé pour la recherche et les études cliniques
- à l'utilisation et la conservation des reliquats de prélèvements biologiques à des fins de recherche
- au transfert des données de santé dans un entrepôt de données

m'oppose à être recontacté(e) dans le cadre de la recherche

Fait à :

Date : / /

Signature :

A retourner à :

Direction Générale
1 Quai Dr G Lefèvre
53200 CHATEAU-GONTIER-SUR-MAYENNE

ou par courriel à chha.dg@ch-hautanjou.fr