

**CONSENTEMENT ET INFORMATIONS
POUR UNE RECHERCHE AVEC BÉNÉFICE INDIVIDUEL DIRECT**

Je soussigné(e) (nom, prénom et adresse) :

.....
.....

accepte de faire don de prélèvements sanguins pour la recherche intitulée “Réseau sur les maladies héréditaires de la production et des fonctions plaquettaires”.

Promoteur : INSERM

Le Dr m’a proposé de participer à une recherche organisée par le Réseau sur les maladies héréditaires de la production et des fonctions plaquettaires sous l’égide du GIS-Institut des Maladies Rares.

Il m’a précisé que je suis libre d’accepter ou de refuser.

Il m’a expliqué la nature des études qui seront effectuées sur mon sang : il s’agit d’une recherche visant à déterminer les anomalies plaquettaires responsables de ma pathologie. Cette recherche ne comprendra que des prélèvements de sang ponctuels et limités. Des échantillons de sang pourront être stockés dans des congélateurs, soit pour étude des fonctions plaquettaires, soit pour des études génétiques directement en rapport avec la pathologie plaquettaire.

J’autorise l’éventuelle utilisation des échantillons d’ADN afin de progresser dans la connaissance de la maladie, y compris l’envoi de mon ADN à un autre laboratoire pour complément d’étude ainsi que la transmission des données dans le respect du secret professionnel.

J’autorise le recueil, la saisie et le traitement des données contenues dans mon dossier médical, en toute confidentialité.

Je permets la conservation des échantillons en banque : OUI - NON

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Si je le désire, je serai libre à tout moment d’arrêter ma participation. J’en informerai alors le Dr ..

Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n’autorise leur consultation que par les personnes qui collaborent à l’analyse et, éventuellement, un représentant des Autorités de Santé.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire au Dr

..... Tél :

Fait à, le

Nom, prénom de l’investigateur :

Signature

Signature :