

CHIRURGIE

"Nous vous informons qu'en application des articles L.1235-2 et L.1211-2 du Code de la Santé Publique, les fragments d'organe ou l'organe qui vont être prélevés par votre chirurgien, lors de l'intervention chirurgicale que vous allez subir, seront utilisés à des fins thérapeutiques et éventuellement scientifiques. Vous avez néanmoins le droit de vous y opposer. Si vous refusez, le Pr./Dr.....vous demandera de bien vouloir signer un formulaire d'opposition afin que votre refus soit bien enregistré."

Je soussigné (e), M..... (nom complet en lettres capitales) déclare avoir compris le but, les modalités, les risques et les suites de l'intervention, qui m'ont été pleinement expliqués par le Pr/Dr.....

J'ai reçu le formulaire d'information spécifique que j'ai eu la possibilité d'étudier avec attention. On a répondu à toutes mes questions et j'en suis satisfait(e). J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant avant de prendre ma décision.

J'ai bien compris que les prélèvements sanguins qui seront effectués sur moi seront utilisés à des fins thérapeutiques et éventuellement scientifiques.

Je donne mon consentement pour participer bénéficiaire de cette intervention en toute connaissance de cause et en toute liberté.

A REMPLIR PAR LE PATIENT	
Date :	Signature du patient

A REMPLIR PAR LE MEDECIN	
Date :	Signature du médecin :

Fait en trois exemplaires dont deux sont conservés par le CHU de Nancy, un est remis au patient.

"Nous vous informons qu'en application des articles L.1235-2 et L.1211-2 du Code de la Santé Publique, les prélèvements qui seront effectués dans le cadre de votre prise en charge seront utilisés à des fins thérapeutiques et éventuellement scientifiques. Vous avez néanmoins le droit de vous y opposer. Si vous refusez, le Pr./Dr.....vous demandera de bien vouloir signer un formulaire d'opposition afin que votre refus soit bien enregistré."

Je soussigné (e), M..... (nom complet en lettres capitales) déclare avoir compris le but, les modalités, les risques concernant les prélèvements qui me seront effectués, qui m'ont été pleinement expliqués par le Pr/Dr..... ou l'équipe de soin.

J'ai reçu le formulaire d'information spécifique que j'ai eu la possibilité d'étudier avec attention. On a répondu à toutes mes questions et j'en suis satisfait(e).

J'ai bien compris que les prélèvements sanguins qui seront effectués sur moi seront utilisés à des fins thérapeutiques et éventuellement scientifiques.

**AUTRES
PRELEVEMENTS**

Je donne mon consentement pour participer bénéficiaire de cette intervention en toute connaissance de cause et en toute liberté.

A REMPLIR PAR LE PATIENT	
Date :	Signature du patient

A REMPLIR PAR LE MEDECIN	
Date :	Signature du médecin :

Fait en trois exemplaires dont deux sont conservés par le CHU de Nancy, un est remis au patient.

ATTENTION ! CES FORMULES NE SONT PAS APPLICABLES AUX PERSONNES SOUS PROTECTION LEGALE ET AUX MINEURS

FORMULAIRE D'OPPOSITION –(CHIRURGIE)

Nom, prénom et adresse :.....

.....

Je soussigné (e), M..... (nom complet en lettres capitales) m'oppose à ce que

- les fragments d'organe ou l'organe qui vont m'être prélevés par le chirurgien soient utilisés dans le cadre scientifique ;
- les prélèvements de sang soient utilisés dans le cadre scientifique

A REMPLIR PAR LE PATIENT

Date :

Signature du patient

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Date :

Signature du médecin :

Fait en trois exemplaires dont deux sont conservés par le CHU de Nancy, un est remis au patient

FORMULAIRE D'OPPOSITION –(AUTRES PRELEVEMENTS)

Nom, prénom et adresse :.....
.....

Je soussigné (e), M..... (nom complet en lettres capitales) m'oppose à ce que

- les prélèvements qui seront effectués dans le cadre de ma prise en charge soient utilisés dans le cadre scientifique ;
- les prélèvements de sang soient utilisés dans le cadre scientifique

A REMPLIR PAR LE PATIENT	
Date :	Signature du patient

A REMPLIR PAR LE MEDECIN	
Date :	Signature du médecin :

Fait en trois exemplaires dont deux sont conservés par le CHU de Nancy, un est remis au patient