



**CONSENTEMENT**  
**relatif aux échantillons biologiques prélevés**  
**dans le cadre du diagnostic du « Chordopoxvirinae »**

Je soussigné(e) (compléter avec votre identité)

**Nom** (Majuscules) : ..... **Prénom** : .....

**Date de naissance** : |\_\_|\_\_ | / |\_\_|\_\_ | / |\_\_|\_\_ |\_\_|\_\_ |

Considérant disposer des informations qui me permettent de prendre ma décision, donne mon accord pour que le volume restant des prélèvements biologiques effectués pour le diagnostic ou le suivi de ma maladie soient conservés et éventuellement utilisés pour un projet de recherche concernant la compréhension de l'action des chordopoxvirinae :

**OUI**

**NON**

*Un refus de ma part n'aura aucune conséquence sur ma prise en charge médicale ou le comportement des soignants à mon égard. Je peux demander la destruction de mes prélèvements à l'issue du diagnostic.*

J'ai bien compris que des données personnelles, cliniques et biologiques, seront associées aux échantillons conservés. J'accepte que les données enregistrées à l'occasion des recherches puissent faire l'objet d'un traitement informatisé codé sans mention du nom et du prénom.

Je dispose, comme prévu par la loi du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, d'un droit d'accès à tout moment. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès du CNR-LE Orthopoxvirus de l'IRBA en charge de la collection biologique.

Après avoir discuté librement et obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à cette collection biologique, selon les consentements donnés ci-dessus.

**Fait à** ..... , **le** |\_\_|\_\_ | / |\_\_|\_\_ | / |\_\_|\_\_ |\_\_|\_\_ |

**Signature** (ou nom, statut et signature du responsable légal)