

## Déclaration de consentement pour l'utilisation des données de santé et des échantillons à des fins de recherche

J'accepte que mes données de santé et mes échantillons biologiques collectés durant les soins (consultations ambulatoires et hospitalisations) soient utilisés à des fins de recherche

Oui

Non

J'ai compris :

- les explications sur la réutilisation de mes données de santé et échantillons biologiques à des fins de recherche, détaillées dans l'information ci-dessus.
- que mes données personnelles sont protégées.
- que mes données et échantillons biologiques peuvent être utilisés dans des projets de recherche nationaux et internationaux, dans les secteurs public et privé.
- que les projets peuvent inclure des analyses génétiques sur mes échantillons, à des fins de recherche.
- que l'on peut me recontacter si des résultats pertinents me concernant sont mis en évidence.
- que ma décision est libre et n'a pas d'effet sur mon traitement médical.
- que ma décision est valable pour une durée illimitée.
- que je peux retirer mon consentement à tout moment sans avoir à justifier ma décision.

Nom, prénom, date de naissance  
ou étiquette patient

Lieu, date

Signature de la ou du patient, si capable de discernement

Lieu, date  
nécessaire

Signature de la ou du représentant légal, si  
(nom et relation avec le ou la patient)

Si vous avez des questions, ou si vous souhaitez recevoir une copie de ce formulaire avec signature, prenez contact avec le

**Centre de Recherche Clinique**  
rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14  
022 372 91 57, [aider-la-recherche@hcuge.ch](mailto:aider-la-recherche@hcuge.ch)