|  |
| --- |
| *NOM*  *PRENOM*  *DN*  *ID ST Luc* |

Je soussigné(e), ………………………………………………………………………………,

*(biffer la mention inutile)*

* patient(e) aux Cliniques universitaires Saint-Luc
* représentant(e) légal(e) du/de la patient(e) ………………………………………….. aux Cliniques universitaires Saint-Luc

**Refuse**

**□** que les prélèvements **biologiques résiduels** subsistant après établissement d’un diagnostic ou d’un traitement soient conservés et utilisés à des fins de recherche scientifique.

**□** que les prélèvements **tissulaires résiduels** subsistant après établissement d’un diagnostic ou d’un traitement soient conservés et utilisés à des fins de recherche scientifique.

□ que suite à mon décès, une **autopsie** soit réalisée à des fins de recherche scientifique.

□ que mes **données médicales** soient analysées de façon rétrospective et confidentielle à des fins de recherche scientifique

Ce document est transmis au personnel de la biobanque des Cliniques universitaires Saint-Luc et sera intégré à mon dossier médical.

Il reste valable jusqu’à révocation écrite de ma part.

Je confirme avoir reçu un exemplaire de ce document dûment daté et signé.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nom, prénom et date de naissance Signature Date*

*du/de la patient(e) (jour/mois/année)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Signature du/de la représentant(e) Date*

légal(e) du/de la patient(e) (jour/mois/année)

**CE DOCUMENT EST A RENVOYER A LA BIOBANQUE (**[**biobanque@saintluc.uclouvain.be**](mailto:biobanque@saintluc.uclouvain.be) **– 46859**)