|  |
| --- |
| *NOM* *PRENOM**N° Registre National**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 de la patient(e)* |  | *Signature* |  | *Date (jour/mois/année)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *Date de naissance de la patient(e) (jour/mois/année)* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *Nom, prénom de la représentant(e) légal(e) de la patient(e)* |  | *Signature* |  | *Date (jour/mois/année)* |

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