

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Pour le recueil des données cliniques et biologiques dans le cadre de la Surveillance des ano-rectites à *Chlamydia trachomatis*

Centre National de Référence (CNR) des IST bactériennes
USC-EA 3671 Infections humaines à mycoplasmes et à chlamydiae
Laboratoire de Bactériologie
CHU de Bordeaux – Hôpital Pellegrin
33076 Bordeaux Cedex

Santé Publique France
Département des maladies infectieuses - Unité VIH Sida/IST
12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex France

Après avoir pris connaissance de la note d'information sur de la surveillance épidémiologique ci-dessus, après en avoir discuté et obtenu réponse à toutes mes questions, je consens librement et volontairement à y participer. Je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux me retirer à tout moment de cette étude sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette étude ne portera pas atteinte à mes relations avec le médecin investigateur.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Au cours de cette surveillance, j'accepte que soient recueillies des données cliniques et biologiques me concernant à des fins d'analyse statistique. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.

J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication, que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle et que seules les données anonymisées seront enregistrées et communiquées dans le cadre de l'analyse statistique. J'accepte que ces données puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif par le Centre National de Référence des infections à chlamydiae et l'Institut de Veille Sanitaire. J'ai bien noté que, conformément aux dispositions de la loi « informatique et libertés », le droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de ces données, s'exerce à tout moment auprès du CNR ou par l'intermédiaire du médecin investigateur.

Fait à

Le (jj/mm/aaaa) :

Nom du patient :

Nom du médecin :

Prénom du patient :

Prénom du médecin :

Signature du patient :

Signature du médecin :