

Personne de confiance & consentement du patient

À REMETTRE
À UNE
INFIRMIÈRE
DU SERVICE

Nom :

Prénom :

Désignation de la personne de confiance

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE - Art L 1111-6 : « Toute personne majeure peut désigner **une** personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui **sera consultée** au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation se fait par écrit. Elle est révoquée à tout moment. » - « Si le malade le souhaite, la personne de confiance **l'accompagne** dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. »

Je souhaite désigner comme personne de confiance : M. Mme

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance. A tout moment de mon séjour, je garde la possibilité de désigner la personne de confiance de mon choix. J'en informerai le médecin.

Fait à

Le / /

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

Consentement du patient

à l'utilisation des échantillons tumoraux à une fin de recherche scientifique et/ou examen des caractéristiques génétiques

Dans le cas où nous devrions réaliser un prélèvement (biopsie et/ou exérèse chirurgicale), ce prélèvement peut être nécessaire pour établir un diagnostic et adapter un traitement proposé.

Si les prélèvements ne sont pas utilisés en totalité, la tumorotheque du CHU de Brest conservera les échantillons restants.

> Une partie de ces échantillons sera conservée pour une éventuelle utilisation ultérieure.

> Une autre partie pourra - sauf opposition de votre part - **être utilisée pour la recherche médicale ou scientifique**, dans le respect de la confidentialité.

> Il est possible que l'on soit amené à comparer les caractéristiques d'une éventuelle lésion avec celles de tissus non affectés. Pour ces recherches, une étude de vos caractéristiques génétiques constitutionnelles peut s'avérer nécessaire. Un tel examen nécessite votre accord, que vous pourrez exprimer en signant le présent document.

Cet accord est révoquable à tout moment. Vous pouvez, dans ce cas, joindre le service Anatomie pathologie (secrétariat : 02 98 22 33 49), Hôpital Morvan, 2 avenue Foch, 29609 BREST Cedex

Utilisation pour adaptation du traitement Oui Non

Utilisation pour la recherche Oui Non

Examen des caractéristiques génétiques constitutionnelles Oui Non

Signature du patient pour accord (ou des parents pour les patients mineurs) :