

Formulaire de consentement génétique pour les parents d'enfants de plus de 10 ans

Travail d'Analyse Nationale et Globale sur l'Observance de la Leishmaniose :
 Étude d'Investigation en Santé Humaine
 « TANGO-LeisH »

Promoteur : Institut Pasteur, 25-28 rue du Docteur Roux, 75015 Paris

Investigateur coordonnateur : Dr Cléa Melenotte, Centre Médical de l'Institut Pasteur, 25-28 rue du Docteur Roux, 75015 Paris, clea.melenotte@pasteur.fr

Nous soussignons..... (Nom et prénom de la mère) et/ou
 (Nom et prénom du père), acceptons librement et volontairement que
 notre enfant..... (Nom et prénom de l'enfant) participe à la recherche
 TANGO-LeisH, et attestons que :

- Nous avons été informés des objectifs et des modalités de la recherche ;
- Nous avons été informés qu'un échantillon sanguin sera récupéré au cours d'une prise de sang réalisée dans le cadre du soin ;
- Nous comprenons que nous disposons d'un droit de retrait de notre consentement génétique à tout moment, sans conséquence négative pour le suivi et les soins médicaux de notre enfant.

Nous acceptons qu'un échantillon sanguin soit utilisé pour l'étude génétique réalisée dans le cadre de la recherche « Tango-LeisH » et que des analyses génétiques soient réalisées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nous acceptons que les données et les échantillons collectés et générés par l'étude soient conservés pour la réalisation d'autres recherches, notamment génétique sur l'ADN, portant sur les pathologies dermatologiques (si vous cochez non, les échantillons seront détruits)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nous acceptons que les échantillons et les données associées, y compris génétiques, recueillis dans le cadre de cette étude puissent être conservés et partagés avec des partenaires académiques au sein de l'union européenne et en dehors ¹ .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Signature de la mère	Signature du père	Signature du médecin investigateur
Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _	Nom :
Signature :	Signature :	Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _
		Signature :

L'original de ce formulaire sera conservé par le médecin. Une copie vous sera remise, il vous est demandé de la conserver

¹ pays assurant le même niveau de protection de la vie privée qu'en Europe ou partenaires s'engageant à assurer ce haut niveau de protection.