

FICHE DE CONSENTEMENT

Facteurs Pronostiques Associés à la Mortalité de la Légionellose en France

Je soussigné (e), Mme, Mlle, M _____ (nom, prénom)
avoir pris connaissance des informations délivrées par le
Dr : _____ concernant :

- les objectifs de l'étude ;
- la possibilité qui m'est réservé de refuser de participer à cette étude ou de retirer mon consentement à tout moment, quelle qu'en soit la raison et sans avoir à la motiver.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette étude dans les conditions précisées dans la note d'information jointe.

Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. J'autorise leur consultation par les personnes qui collaborent à l'étude et éventuellement un représentant des autorités de santé.

J'ai bien noté que cette étude a fait l'objet d'une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et j'accepte donc que les données recueillies, à l'occasion de cette étude fassent l'objet d'un traitement informatisé rendu anonyme.

Date :

Signature

Document à conserver par le patient.

FICHE DE CONSENTEMENT

Facteurs Pronostiques Associés à la Mortalité de la Légionellose en France

Je soussigné (e), Mme, Mlle, M _____ (nom, prénom)
avoir pris connaissance des informations délivrées par le
Dr. : _____ concernant :

- les objectifs de l'étude ;
- la possibilité qui m'est réservée de refuser de participer à cette étude ou de retirer mon consentement à tout moment, quelle qu'en soit la raison et sans avoir à la motiver.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette étude dans les conditions précisées dans la note d'information jointe.

Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. J'autorise leur consultation par les personnes qui collaborent à l'étude et éventuellement un représentant des autorités de santé.

J'ai bien noté que cette étude a fait l'objet d'une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et j'accepte donc que les données recueillies, à l'occasion de cette étude fassent l'objet d'un traitement informatisé rendu anonyme.

Date :

Médecin

Document à conserver par le médecin.

FICHE DE CONSENTEMENT

Facteurs Pronostiques Associés à la Mortalité de la Légionellose en France

Je soussigné (e), Mme, Mlle, M _____ (nom, prénom)
avoir pris connaissance des informations délivrées par le
Dr. : _____ concernant :

- les objectifs de l'étude ;
- la possibilité qui m'est réservée de refuser de participer à cette étude ou de retirer mon consentement à tout moment, quelle qu'en soit la raison et sans avoir à la motiver.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette étude dans les conditions précisées dans la note d'information jointe.

Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. J'autorise leur consultation par les personnes qui collaborent à l'étude et éventuellement un représentant des autorités de santé.

J'ai bien noté que cette étude a fait l'objet d'une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et j'accepte donc que les données recueillies, à l'occasion de cette étude fassent l'objet d'un traitement informatisé rendu anonyme.

Date :

Centre

Document à envoyer au centre coordinateur :

Département Hygiène Epidémiologie et Prévention - Bâtiment 1
A l'intention du Pr Philippe Vanhems
Hôpital Edouard Herriot - Place Arsonval - 69437 Lyon cedex 03
tél. : 04 72 11 07 21
fax : 04 72 11 07 26
e-mail : philippe.vanhems@chu-lyon.fr