



NOM D'USAGE :
NOM DE NAISSANCE :
PRENOM :
SEXE :
DATE DE NAISSANCE : / /
LIEU DE NAISSANCE :

Merci de nous préciser quel type de refus vous souhaitez porter à notre connaissance en cochant obligatoirement la ou les case(s) correspondantes.

Refus de transmission des résultats dans les supports nationaux (DMP, Mon Espace Santé)

Je, soussigné(e), refuse par la présente que toute information administrative, médicale ou sociale me concernant soit partagée dans mon DMP ou sur Mon Espace Santé. Je comprends que, par ce refus, les professionnels de santé intervenant ou qui pourraient à l'avenir intervenir dans ma prise en charge ne seront donc pas en mesure d'accéder à mon dossier. Je comprends également que je pourrai à tout moment revenir sur ma décision.

Date :

Signature :

Refus d'exploitation des données par la recherche

Je soussigné(e), refuse que mes données anonymisées puissent être utilisées dans le cadre de programmes de recherche bien que ceux-ci respectent toutes les obligations législatives assurant la protection de mes données.

Date :

Signature :

Refus de l'utilisation et la conservation d'échantillons biologiques pour la recherche et le développement du laboratoire

Je soussigné(e), refuse que les échantillons biologiques qui me sont prélevés dans le cadre du soin, soient réutilisés à des fins de recherche médicale et scientifique, y compris d'analyses de mes caractéristiques génétiques somatiques.

Date :

Signature :

Ce document, accompagné d'une copie de la carte d'identité du patient, doit être envoyé au délégué à la protection des données du laboratoire BIOAMIENS à l'adresse 51Bis Mail Albert 1er – 80000 AMIENS