

## Formulaire de refus

NOM USUEL : \_\_\_\_\_ NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

PREMIER PRENOM : \_\_\_\_\_

SEXE : M F (Entourez la mention correspondante)

DATE DE NAISSANCE : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

(Code postal ou Pays de naissance pour personnes nées à l'étranger)

### **Refus du dossier patient régional**

Je, soussigné(e), refuse par la présente que toute information administrative, médicale ou sociale me concernant soit partagée dans mon dossier patient régional MesPatients. 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 régional. Je comprends également que je pourrai à tout moment revenir sur ma décision.

Date :

Signature :

### **Refus d'exploitation de mes données par la recherche**

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

Date :

Signature :

### **Refus d'exploitation de mes données pour le développement d'outils d'intelligence artificielle par le CLB**

Je soussigné(e), refuse que mes données puissent être utilisées dans le cadre du développement d'outils d'intelligence artificielle par le CLB bien que ceux-ci respectent toutes les obligations légales assurant la protection de mes données.

Date :

Signature :

### **Refus de communication des données relatives à ma santé à mes ayants-droits**

Je soussigné(e), refuse que les données relatives à ma santé et contenues dans mon entier dossier médical soient transmises à mes ayants-droit après mon décès.

Vous souhaitez préciser votre refus :

Date :

Signature :

### **Refus de l'utilisation et la conservation d'échantillons biologiques par la recherche**

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 :

### **Refus que me soit communiqué ainsi qu'aux membres de ma famille, la découverte de gènes altérés**

Je soussigné(e), refuse que la découverte de gènes altérés, qui pourrait être révélés lors de l'analyse des caractéristiques génétiques de ma tumeur, soit portée à ma connaissance ou aux membres de ma famille, bien que cela permettrait de bénéficier de mesures de prévention ou de soins.

Date :

Signature :

Ce document, accompagné d'une copie de la carte d'identité du patient, doit être envoyé au directeur général du Centre Léon Bérard à l'adresse 28 rue Laennec 69 373 Lyon Cedex 08