

# Information et proposition de non opposition à participer à une recherche non interventionnelle

## Protocole Endosleeve

### Recherche menée par l'IHU Strasbourg

Investigateurs : Pr Silvana Perretta, Dr Michel Vix

---

#### Qu'est-ce que la recherche ? En quoi puis-je faire avancer la recherche ?

La recherche a pour but d'améliorer les connaissances scientifiques permettant ensuite de procurer de meilleurs soins, adaptés à chaque patient.

Dans le cadre de la prise en charge habituelle de patients aux HUS, un dossier médical est créé contenant des informations comme des données cliniques, des résultats d'imagerie ou de laboratoire. Les données contenues dans votre dossier médical peuvent être très utiles aux chercheurs. Les recherches effectuées à partir des dossiers médicaux ne changent rien à la manière dont vous êtes soignés. Vous pouvez faire avancer la recherche en acceptant que vos données pseudonymisées, soient analysées.

#### Quels sont mes droits ?

Le médecin qui vous suit est à votre disposition pour vous fournir toutes les explications nécessaires concernant l'utilisation éventuelle de vos données pour des recherches portant sur votre maladie. Si vous souhaitez retirer à quelque moment que ce soit votre accord, et quel que soit le motif, vous continuerez à bénéficier du suivi médical approprié et cela n'affectera en rien votre surveillance future (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Vous pouvez également demander des informations complémentaires à tout moment (article L 1111-7 du code de santé publique).

---

**Merci de bien vouloir nous signaler votre accord ou votre désaccord à la réalisation de recherches à partir de vos données cliniques PSEUDONYMISEES, il est important de nous le signaler en signant ce document et en le remettant à votre médecin.**

**OUI**, j'accepte que les informations me concernant puissent être recueillies de manière pseudonymisée à des fins de recherche. J'ai bien noté qu'à tout moment, je peux m'opposer à l'utilisation de ces données, par simple demande effectuée auprès de mon médecin, sans que cela ne porte préjudice aux soins que je dois recevoir.

**NON**, je ne souhaite pas que les informations me concernant puissent être recueillies de manière pseudonymisée à des fins de recherche.

Ma décision sera notée par mon médecin dans mon dossier médical.

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Date :

Signature du patient :

Signature du médecin :

**Pour toute recherche interventionnelle, qui pourrait modifier votre prise en charge, un accord écrit spécifique vous sera demandé par le médecin qui vous suit.**