



Formulaire d'opposition patient

à l'utilisation des données de santé à caractère personnel recueillies dans le cadre des soins  
pour la recherche, les études et l'évaluation

Je soussigné, Mr  Mme

Nom usuel : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

*Cocher les mentions utiles :*

- M'oppose, hors obligation légale, à l'utilisation, pour la recherche, les études et l'évaluation, de mes données de santé à caractère personnel recueillies dans le cadre des soins au CHU de Rennes :
- M'oppose à être recontacté pour participer à un protocole de recherche :

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature du patient :

Joindre une photocopie d'une pièce d'identité officielle<sup>1</sup>, carte d'identité recto verso, passeport, permis de conduire

A adresser à : Service d'information médicale CHU de Rennes, Pontchaillou, 350033 Rennes Cedex 9

*1) la copie d'un titre d'identité est demandée afin de s'assurer de l'identité des personnes souhaitant exercer leur droit d'opposition conformément à l'article 92 du décret du 20 octobre 2005 pris pour application de la loi Informatique et Libertés, modifiée. Après vérification de votre identité la copie de votre pièce d'identité sera détruite.*



Formulaire d'opposition patient

à l'utilisation des données de santé à caractère personnel recueillies dans le cadre des soins

pour la recherche, les études et l'évaluation

A l'intention des Titulaires de l'autorité parentale

Nous soussigné,

Mme, Mr

Mme, Mr

Nom usuel : .....

Nom usuel : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Nom de naissance : .....

Cocher les mentions utiles :

- Nous opposons, hors obligation légale, à l'utilisation, pour la recherche, les études et l'évaluation, des données de santé à caractère personnel recueillies dans le cadre des soins au CHU de Rennes :

Pour notre enfant :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

- Nous opposons à être recontactés pour participation de notre enfant à un protocole de recherche :

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature :

Signature :

Joindre une photocopie d'une pièce d'identité officielle<sup>1</sup> des titulaires de l'autorité parentale (carte d'identité recto verso, passeport, permis de conduire) ainsi qu'une photocopie du justificatif de l'autorité parentale (copie du livret de famille, de jugement ou d'acte de communauté de vie).

A adresser à : Service d'information médicale CHU de Rennes, Pontchaillou, 350033 Rennes Cedex 9

*Il est demandé de joindre des copies d'un titre d'identité et du justificatif de l'autorité parentale afin de s'assurer de l'identité des personnes souhaitant exercer leur droit d'opposition conformément à l'article 92 du décret du 20 octobre 2005 pris pour application de la loi Informatique et Libertés, modifiée. Elles seront détruites après vérification des identités.*



Formulaire d'opposition à l'utilisation  
des données de santé à caractère personnel recueillies dans le cadre des soins  
pour la recherche, les études et l'évaluation  
A l'intention du Représentant légal d'une personne majeure sous tutelle

Cocher les mentions utiles :

- Opposition à l'utilisation, hors obligation légale, pour la recherche, les études et l'évaluation, des données de santé à caractère personnel recueillies dans le cadre des soins au CHU de Rennes :
  
- Opposition à être recontacté pour participation à un protocole de recherche :

*Représentant légal en qualité de tutrice/tuteur*

Nom usuel : .....

Date :

Prénom : .....

Signature représentant légal :

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Pour

*Patient*

Nom usuel : .....

Date :

Prénom : .....

Signature patient (si apte à

Nom de naissance : .....

exprimer sa volonté) :

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_

Joindre une photocopie des pièces d'identité officielle<sup>1</sup> du patient et du tuteur (carte d'identité recto verso, passeport, permis de conduire) et une photocopie d'un justificatif de qualité de titulaire de tutelle

A adresser à : Service d'information médicale CHU de Rennes, Pontchaillou, 350033 Rennes Cedex 9

<sup>1</sup>les copies des titres d'identité sont demandées afin de s'assurer de l'identité des personnes souhaitant exercer leur droit d'opposition conformément à l'article 92 du décret du 20 octobre 2005 pris pour application de la loi Informatique et Libertés, modifiée. Après vérification de l'identité la copie de la pièce d'identité sera détruite.