

Dear Sir,

The Swiss IBD Cohort is a multicenter cohort all over Switzerland. All patients have to sign a consent form in order to enter the cohort. As it is a blinded cohort, all investigators don't have access to the patient's names and don't have access to the signed consent forms which are kept secret at the central office. It is therefore impossible to provide you with the signed consent form for all the participant to the Swiss IBD Cohort.



Dr Marc Girardin



Prof Antoine Hadengue



Prof Jean-Louis Frossard

Please find attached the original consent form.



9. Formulaire de consentement (COPIE PATIENT)

Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort Study (SIBDCS)  
Cohorte suisse des patients atteints de maladies inflammatoires de l'intestin.

Investigateur responsable : Dr Ph. de Saussure, Division de Gastro-entérologie et d'Hépatologie, Hôpital Cantonal, 1211 Genève 14.

Je, soussigné, certifie avoir été informé sur le déroulement et les objectifs de cette étude et j'ai bien compris toutes les informations qui m'ont été transmises.

J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à mon médecin.

J'autorise la consultation de mon dossier médical par l'investigateur principal tout en sachant que ces informations nominatives resteront confidentielles.

Je prends note que la confidentialité des examens m'est garantie par les investigateurs et j'autorise des contacts éventuels entre les investigateurs et mon médecin traitant habituel.

J'estime avoir eu un temps de réflexion suffisant avant de m'engager à participer à cette étude.

Je suis conscient de mon droit de retirer ce consentement à tout moment durant l'étude.

A) J'accepte volontairement et sans contrainte de **participer à cette étude** :

oui  non

Lieu et date : .....

Le patient : .....

Un témoin (ou représentant légal, si nécessaire) : .....

Un investigateur : .....

B) J'accepte volontairement et sans contrainte que des **échantillons de tissu et de sang, à l'exclusion d'échantillons de DNA, soient prélevés** lors des procédures habituelles du suivi médical de ma maladie.

oui  non

Lieu et date : .....

Le patient : .....

Un témoin (ou représentant légal, si nécessaire) : .....

Un investigateur : .....

C) J'accepte volontairement et sans contrainte que des **échantillons de DNA, pouvant servir à des études génétiques, soient prélevés** lors des procédures habituelles du suivi médical de ma maladie.

oui  non

Lieu et date : .....

Le patient : .....

Un témoin (ou représentant légal, si nécessaire) : .....

Un investigateur : .....