

CHU ESTAING

Pôle des Spécialités Médicales et
Chirurgicales
1 Place Lucie et Raymond Aubrac
63003 Clermont Ferrand Cedex 1

HEPATO- GASTRO-ENTEROLOGIE

Chef de Service
Pr A. ABERGEL

Hospitalo-Universitaires
Pr A. BUISSON

Pr L. POINCLOUX

Dr C. BOUTELOUP

Praticiens Hospitaliers et Contractuels
Dr O. ROUQUETTE
Dr L. MUTI

Assistants
Dr C. JACCARD
Dr G. MATHIVON

Praticiens Attachés
Dr M. HUGUET
Dr E. REBILLARD
Dr J. SCANZI

Oncologie Médicale
Dr M. HELYON - Dr M. JARY
Dr Q. MANGON - Dr J. PINOT
Dr A. VIMAL

Attachés de Recherche Clinique
Mme M. BONNET- DODEL
Mme B. CHANTERANNE
Mme D. COBAN - M. F. FAURE
Mme S. MASSOULIER
Mme C. NICOLAS – Mme S. OUKIL

Infirmière Stomathérapeute
Mme S. PRADAL

Infirmière de Greffe
Mme M. PROUHEZE

Centre de Nutrition Parentérale
A Domicile
Dr C. BOUTELOUP

Infirmière Coordinatrice
Mme N. ALLANT
Diététicienne
Mme L. FAYET



Maladies vasculaires du Foie
Maladies auto-immunes du Foie

Formulaire de consentement du patient

PATIENT NAME :
PATIENT NUMBER :

Titre de l'étude : Étude chez des patients atteints d'une stéatohépatite non alcoolique visant à faire évaluer les performances d'outils échographiques de mesures de la stéatose

Nom de l'investigateur : Collin, Rémi

Numéro de téléphone du centre de l'étude : +33 4 73 75 05 23

Nom et adresse du centre de l'étude :

CHU Estaing Médecine Digestive et Hépato-biliaire 1 place Lucie et Raymond Aubrac 63003 Clermont-Ferrand France

En signant ce formulaire, je consens volontairement à participer à cette étude de recherche et j'accepte ce qui suit :

- J'ai lu la description de cette étude de recherche et elle m'a été expliquée avec des mots et en des termes que je comprends.
- J'ai eu la possibilité de poser des questions pour lesquelles j'ai reçu des réponses satisfaisantes
- J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude.
- Je comprends que ma participation est volontaire et que je suis libre de me retirer de cette étude à tout moment, sans avoir à me justifier.
- Je comprends que si je choisis de ne pas participer ou de me retirer, mes soins médicaux actuels ne seront pas affectés par cette décision
- L'investigateur me tiendra informé(e) des nouvelles découvertes réalisées au cours de cette étude qui pourraient influencer ma volonté de poursuivre ma participation. Dans de tels cas, je pourrais être amené(e) à signer un nouveau formulaire de consentement
- Je comprends que le personnel de l'étude, les personnes dûment déléguées par le promoteur et les autorités réglementaires pourront examiner des parties de mes dossiers médicaux et de mes données recueillies pendant l'étude lorsque cela est nécessaire dans le cadre de ma participation à cette recherche.

CHU ESTAING

Secrétariat Médecine Digestive
Tél : 04 73 750 523
Fax : 04 73 750 524

Secrétariat Unité de Bilans
Tél : 04 73 750 508
Fax : 04 73 750 509

Secrétariat Consultations
Tél : 04 73 750 504
Fax : 04 73 750 507

Pôle Digestif Hépatobiliaire

Monsieur CEDRIC CANAUD

- J'autorise ces personnes à avoir un accès direct à mes dossiers.
- J'ai bien noté que je peux exercer mon droit d'accès (article 39) et de rectification (article 40) garanti par la loi sur la protection des données du 6 janvier 1978 telle qu'amendée, à tout moment, par l'intermédiaire de l'investigateur qui me suit dans le cadre de l'essai et qui connaît mon identité.
- Je consens et j'autorise que mes données codées, y compris mon origine ethnique et mes autres données sensibles, puissent être transférées au sein et en dehors de l'Union européenne, vers des pays, notamment les États-Unis, qui peuvent ne pas avoir le même niveau de protection des données qu'en France ou dans l'Union européenne.
- J'ai bien compris que pour pouvoir participer à cette étude, je dois être affilié(e) à un régime de sécurité sociale ou en être bénéficiaire.
- Je comprends que je recevrai un exemplaire de ce formulaire de consentement signé, que je devrai conserver.
- En signant ce formulaire de consentement, je ne renonce à aucun des droits légaux auxquels je pourrais prétendre si je ne participais pas à une étude clinique.
- J'accepte que mon médecin généraliste soit informé(e) de ma participation à cette étude :
Veuillez cocher une case : J'accepte Je refuse
- Je consens à participer à la prise de sang facultative pour mesurer comment mes gènes (par exemple, tests génétiques) sont liés à la maladie et à la réponse au médicament expérimental :
Veuillez cocher une case : J'accepte Je refuse
- J'accepte le prélèvement facultatif d'échantillons de réserve à chaque visite, au cas où un échantillon ne pourrait pas être analysé lorsqu'il est reçu par le laboratoire :
Veuillez cocher une case : J'accepte Je refuse
- Je consens à participer à l'IRM-PDFF et/ou à l'ERM pour mesurer la quantité de graisse et la raideur dans mon foie. Dans le cas où je retirerais mon consentement à participer à l'étude avant sa fin prévue, je consens à être contacté(e) par le personnel de l'étude afin de fournir des informations sur mon état de santé. Je consens également à ce que mon médecin généraliste soit contacté(e) pour obtenir des informations sur mon état de santé. Je comprends qu'il/elle peut également utiliser les dossiers publics pour savoir comment je vais :
Veuillez cocher une case : J'accepte Je refuse

Signatures

Adresse e-mail :

Pour contacter par e-mail un correspondant taper 1ere lettre du prénom, le nom @chu-clermontferrand.fr

Exemple : adresse e-mail du Professeur G. BOMMELAER : gbommelaer@chu-clermontferrand.fr