

**Consentement de participation à une recherche biomédicale
Etude CholCoeur**

Je soussigné(e) Mme Melle M. (rayer les mentions inutiles) (nom, prénom) ABDEL DJANE demeurant 133 Ave de Clignancourt 75018 PARIS accepte librement et volontairement de participer à la recherche biomédicale intitulée « **Micro-infarctus silencieux et fibrose myocardique dans l'Hypercholestérolémie familiale** » dont l'Assistance publique - hôpitaux de Paris est le promoteur et qui m'a été proposée par le Docteur (nom, prénom, téléphone) JOE EUE SALEN médecin dans cette recherche.
01.42.17.85.31

Etant entendu que :

- le médecin, qui m'a informé et a répondu à toutes mes questions, m'a précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche,
- avant de participer à cette recherche, j'ai bénéficié d'un examen médical dont les résultats m'ont été communiqués,
- je pourrais avoir communication par le médecin au cours ou à l'issue de la recherche des informations concernant ma santé, qu'il détient,
- j'ai bien compris dans le formulaire d'information qui m'a été remis que pour pouvoir participer à cette recherche je dois être affilié(e) ou bénéficier d'un régime de sécurité sociale. Je confirme que c'est bien le cas,
- je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement à sa participation à cette recherche et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité mais je m'engage dans ce cas à en informer le médecin. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à mes relations avec ce médecin, qui me proposera, si je le souhaite, et, si besoin, une autre prise en charge.
- J'ai bien compris que ma participation à cette étude sera indemnisée à hauteur de 200€ à la fin de l'étude, si je respecte bien les consignes qui me sont données durant ma participation.
- Je m'engage à respecter le délai d'exclusion de l'étude, soit une semaine après la fin de ma participation,
- si je le souhaite, à son terme, je serai informé(e) par le médecin des résultats globaux de cette recherche,
- mon consentement ne décharge en rien le médecin et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités, et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur ou pour son compte. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (art. 39) s'exerce à tout moment auprès du médecin qui suit mon parent ou mon proche dans le cadre de la recherche et qui connaît son identité. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même médecin, qui contactera le promoteur de la recherche.

Fait à : PARIS Signature : [Signature]
Le : 01/02/2016
Signature du médecin qui atteste avoir pleinement expliqué à la personne signataire le but, les modalités ainsi que les risques potentiels de la recherche :
Date : Paris 01/02/2016 Signature : [Signature]

Ce document est à réaliser en 3 exemplaires originaux, dont le premier doit être gardé 10 ans par l'investigateur, un autre remis à la personne donnant son consentement et le troisième transmis au promoteur.