

# Déclaration de consentement pour l'utilisation des données de santé à des fins de recherche

Nom et prénom du/de la patient-e

-----

Date de naissance

-----

Etiquette patient

Réservé à l'administration de l'Hôpital de La Tour

J'accepte que mes données de santé collectées durant les soins (consultations ambulatoires et hospitalisations) soient utilisées à des fins de recherche

OUI

NON

**Par ma signature, j'atteste avoir compris :**

- les explications sur la réutilisation de mes données cliniques à des fins de recherche, détaillées dans la brochure en annexe (V3 - 07.2025 - Utilisation des données de santé).
- que mon consentement reste valable pour toute nouvelle prise en charge à l'Hôpital de La Tour.
- que mes données personnelles sont protégées.
- que mes données peuvent être utilisées dans des projets de recherche nationaux et internationaux, dans les secteurs public et privé.
- que je pourrais être recontacté-e dans le cas exceptionnel où une recherche révélerait des informations significatives pour ma santé.
- que ma décision est volontaire et n'a pas d'effet sur mon traitement médical.
- que je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment sans avoir à justifier ma décision.

-----  
**Lieu et date**

-----  
**Signature valide du/de la patient-e**

-----  
**Lieu et date**

-----  
**S'il y a lieu : signature du représentant légal [préciser la relation avec le/la patient-e]\***

En cas de questions ou si vous souhaitez recevoir une copie de ce formulaire avec signature, vous pouvez vous adresser au contact ci-dessous.

[info.crc@latour.ch](mailto:info.crc@latour.ch)

\* Enfant âgé de moins de 12 ans: signature d'un représentant légal uniquement / Enfant de plus de 12 ans: signature d'un représentant légal ET de l'enfant