|  |  |
| --- | --- |
|  | EFS Ile de France – Site de Bouvier |
|  | DNRIHSR – CNRGS  Laboratoire d’Immuno-Hématologie Spécialisée |
|  | 20 rue Bouvier – BP79 |
|  | 75222 Paris Cedex 11 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Fait à…………………………….., le……………………………. |

Objet : Refus d’utilisation des prélèvements à d’autres fins que le diagnostic médical

Madame, Monsieur,

Conformément à la règlementation en vigueur (Art. L1211-2 du Code de la Santé Publique), je soussigné(e)

|  |
| --- |
| NOM de famille :  (ou nom de naissance) |
| Prénom : |
| Nom usuel :  (nom d’usage, nom marital) |
| Né(e) le : |

déclare avoir été informé(e) d’une possible conservation à long terme (cryopréservation) ou d’un possible transfert à des tiers de mes prélèvements pouvant être utilisés d’une manière anonyme à des fins :

* de recherche médicale
* d’enseignement
* de préparation de réactifs de laboratoire
* de contrôle de qualité

et déclare m’opposer à toutes ces utilisations.

Par voie de conséquence, je demande à ce que mes prélèvements (échantillons primaires) soient détruits à l’issue des investigations réalisées au sein de votre laboratoire.

**Nom et Signature**