

**FORMULAIRE OPPOSITION
A L'UTILISATION DES DONNEES DE SANTE
POUR LA RECHERCHE**

Madame, Monsieur,

Vous-même, ou la personne que vous représentez légalement, venez en consultation ou êtes hospitalisé au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers.

Vous pouvez, en application de l'article 21 du Règlement Général de Protection des données, vous opposer à ce que des données à caractère personnel vous concernant ou concernant la personne pour laquelle vous agissez comme représentant légal fassent l'objet de traitements automatisés ayant pour finalité la recherche.

Étant entendu que cette opposition n'influencera en rien la qualité des soins qui vous seront prodigués ou qui seront prodigués à la personne pour laquelle vous agissez comme représentant légal.

Pour faire connaître votre opposition à l'utilisation de vos données de santé*, nous vous demandons de renseigner et de signer le formulaire ci-après et de le déposer auprès du secrétariat du service ou auprès du cadre de santé. Le refus sera alors enregistré dans le dossier médical du patient concerné.

Votre décision n'est pas définitive, vous pouvez à tout moment changer d'avis, il vous suffit d'en informer un soignant ou une secrétaire médicale.

Les équipes de recherche du CHU vous remercient.

Pour tout renseignement complémentaire :

Direction du service aux patients, aux usagers et relations juridiques :

usagers@chu-angers.fr

<https://www.chu-angers.fr/> mot clé : **droits et obligations**

** Conformément aux articles 13 et 21 du Règlement Général de Protection des Données, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit auprès de la Direction du service aux patients, aux usagers et relations juridiques ou de votre médecin.*

POUR EXPRIMER VOTRE OPPOSITION, VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE SUIVANT

Toutes les informations sont à renseigner.

Coordonnées du Patient :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Né(e) le : / / à

Domicilié(e) à l'adresse :

.....

Coordonnées du représentant légal : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom d'usage :

Prénoms :

Domicilié(e) à l'adresse :

.....

Je soussigné(e) en qualité de :

- ☐ Vous-même en tant que patient majeur (âgé de 18 ans ou plus)
- ☐ Vous-même en tant que patient mineur (âgé entre 15 et 18 ans)
- ☐ Parents pour un enfant mineur (de moins de 15 ans)
- ☐ Personne de confiance choisie par le patient
- ☐ Tuteur du majeur protégé

☐ m'oppose pour moi-même ou pour la personne que je représente :

- ☐ à l'utilisation des données de santé pour la recherche et les études
- ☐ à l'utilisation et la conservation des reliquats de prélèvements biologiques à des fins de recherche
- ☐ au transfert des données de santé dans l'entrepôt de données.

☐ m'oppose à être recontacté(e) dans le cadre de la recherche.

Fait à :

Le : / / 20.....

Signature :