



**CONSENTEMENT ECRIT DU PATIENT
A conserver dans le dossier médical**

Je soussigné(e) (nom et prénom) :

déclare par la présente avoir été informé de la nature et des objectifs du recueil des données mis en place par la Clinique du Pays de Rance et de l'alimentation d'un entrepôt de données de santé à visée de recherches, études et évaluations de la chirurgie de l'obésité. Sauf opposition de ma part, des recherches médicales, études et évaluations peuvent réutiliser mes données déjà collectées et préalablement rendues non-nominatives dans cet entrepôt de données de santé. Les résultats de ces études ne peuvent permettre de me ré-identifier.

autorise n'autorise pas l'inclusion de mes données dans un entrepôt de données de santé à visée de recherche médicale.

Fait à Dinan, le

Votre Signature

(Précédée de « lu et approuvé »)

Signature du chirurgien

(Précédée de « lu et approuvé »)

