Le/la soussigné(e) (nom, prénom) ………………………………………………. donne son accord pour le recueil (don), la conservation et l’utilisation de lymphocytes pour usage allogénique.

En apposant votre signature ci-dessous, vous reconnaissez avoir pris connaissance du présent document, avoir eu l’occasion de poser des questions et consentir au prélèvement, à la conservation et à l’utilisation des lymphocytes. Veuillez par conséquent cocher toutes les cases ci-dessous pour accord.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J’ai compris les informations et ai reçu une réponse adéquate à mes questions. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que je ne perçois aucune rétribution financière pour le don de lymphocytes. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| On m’a dit ce qu’étaient les lymphocytes. L’objectif et la nature du prélèvement sont clairs pour moi. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| On m’a dit de quelle manière le prélèvement allait se passer. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| On a abordé avec moi les risques que le type de prélèvement implique. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’accepte que les médecins exécutent la procédure en question en vue du prélèvement. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| J’accepte que les médecins utilisent les lymphocytes prélevés en vue d’une injection de lymphocytes du donneur ou d’une conservation éventuelle. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je peux connaître les résultats des tests, notamment concernant le VIH. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais qu’une partie des cellules prélevées peuvent éventuellement être congelées. Cette partie peut uniquement servir à une administration ultérieure au patient.  | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| En cas de décès du patient, ces lymphocytes de donneur seront détruits. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Si le médecin responsable n’estime plus justifiée la conservation ultérieure, les lymphocytes restants seront détruits. Je n’en serai pas informé(e). | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Les informations sur le donneur sont enregistrées dans une base de données. Dans ce contexte, je sais que le médecin donneur est tenu au secret professionnel et que la confidentialité de mes données est garantie. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Le présent consentement est éclairé, conscient et libre. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Je sais que je peux retirer le consentement à cette procédure tant que les lymphocytes n’ont pas été traités et tant que n’ont pas commencé les actions en vue de la préparation du patient à l’administration des lymphocytes. | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Si des cellules doivent être détruites, j’autorise l’utilisation de ces cellules à des fins de recherche scientifique. Je peux toujours revenir sur cette décision.  | [ ]  OUI | [ ]  NON |

Par les présentes, je déclare avoir lu le présent document et avoir reçu suffisamment d’explications :

[ ]  J’ai reçu une copie de la lettre d’information générale destinée au donneur.

[ ]  J’ai reçu une copie de la lettre d’information concernant les frais du donneur et la communication anonyme.

[ ]  J’ai reçu une copie de la présente déclaration de consentement.

***Nom et prénom du donneur Nom et prénom du médecin***

*N° de registre national/n° de carte d’identité*

*Signature Signature*

*Fait à : Fait à :*

*Date : Date :*

***Nom et prénom du témoin***

*Signature*

*Fait à :*

*Date :*

Rempli en deux exemplaires originaux :

* Un pour le candidat au don
* Un pour le dossier