

**CONSENTEMENT**  
**POUR LA PARTICIPATION D'UN MINEUR**  
(Avec deux titulaires de l'exercice de l'autorité parentale)

Nous soussignés, Mr ..... et Mme ..... acceptons de faire don de prélèvements sanguins de notre enfant pour la recherche intitulée "Réseau sur les maladies héréditaires de la production et des fonctions plaquettaires".

Promoteur : INSERM

Le Docteur ..... nous a précisé que nous sommes libres d'accepter ou de refuser ; cela ne changera pas nos relations pour le traitement de notre enfant.

Nous avons reçu et avons bien compris les informations suivantes : il s'agit d'une recherche visant à déterminer les anomalies plaquettaires responsables de sa pathologie. Cette recherche ne comprendra que des prélèvements de sang ponctuels et limités. Des échantillons de sang pourront être stockés dans des congélateurs, soit pour étude des fonctions plaquettaires, soit pour des études génétiques directement en rapport avec la pathologie plaquettaire.

Nous autorisons l'éventuelle utilisation des échantillons d'ADN afin de progresser dans la connaissance de la maladie, y compris l'envoi de son ADN à un autre laboratoire pour complément d'étude ainsi que la transmission des données dans le respect du secret professionnel.

Nous autorisons le recueil, la saisie et le traitement des données contenues dans son dossier médical, en toute confidentialité.

**AVEC SON CONSENTEMENT** nous acceptons que notre enfant participe a cette recherche dans les conditions précisées ci-dessus.

Nous permettons la conservation des échantillons de notre enfant en banque : OUI - NON

Notre consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Nous conservons tous nos droits garantis par la loi.

Si nous le désirons, nous serons libres à tout moment d'arrêter la participation de notre enfant. Nous en informerons alors le Dr .....

Les données qui le concernent resteront strictement confidentielles. Nous n'autorisons leur consultation que par les personnes qui collaborent à l'analyse et, éventuellement, un représentant des Autorités de Santé.

Nous pourrions à tout moment demander toute information complémentaire au Dr ....

..... Tél : .....

Fait à ....., le

Nom, prénom de l'investigateur :

Signature

Signature de l'enfant si possible:

Signature des deux titulaires de l'exercice de l'autorité parentale

Père (Nom, prénom) :

Signature

Mère (Nom, prénom) :

Signature