

Avant la réalisation du test myEDIT-B, cette fiche doit être remplie et signée par le patient, puis jointe avec la prescription et la fiche de renseignements cliniques signés du médecin.

CONSENTEMENT DU PATIENT AUX CONDITIONS DU TEST myEDIT-B

JE DÉCLARE

- Avoir reçu des renseignements clairs et détaillés sur le test myEDIT-B, ainsi que sur ses implications et ses limites.
- Avoir lu, dans leur intégralité, les informations me concernant, indiquées dans la fiche PRESCRIPTEUR remplie par mon médecin et que ces données sont exactes.
- Avoir dûment autorisé mon médecin prescripteur à recevoir le résultat du test, qui lui sera communiqué directement par le laboratoire SYNLAB.
- Avoir compris les informations qui m'ont été données par mon médecin prescripteur sur le test myEDIT-B et, qu'après avoir obtenu des renseignements sur la signification et les limites des recherches demandées, **je consens à :**

L'utilisation de mon prélèvement biologique à des fins diagnostiques	OUI	NON
La transmission des résultats du test demandé uniquement à mon médecin prescripteur qui me les communiquera lors d'une consultation médicale dédiée	OUI	NON
L'utilisation du matériel biologique et de mes données, conformément à la réglementation en vigueur sur la protection des données personnelles, pour des recherches complémentaires à des fins diagnostiques dans le laboratoire SYNLAB qui effectue les analyses	OUI	NON
L'utilisation de l'échantillon biologique résiduel, rendu <u>anonyme</u> par SYNLAB, y compris par des personnes qui agissent en tant que responsables du traitement, pour le contrôle de la qualité, le développement de tests de laboratoire et l'amélioration des activités de laboratoire, dans le but d'améliorer le test pour les futurs patients.	OUI	NON
L'utilisation de l'échantillon résiduel, rendu <u>anonyme</u> , à des fins de recherche scientifique, à condition que je sois contacté(e) par SYNLAB afin de connaître l'objectif de la recherche et d'y donner mon consentement explicite, le cas échéant.	OUI	NON

NOM et PRÉNOM :

.....

Date :

Signature du/de la patient(e)* :