

Par FLORENCE

N° 10001101201 ADISS/0002

Version 01/2011



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Titre de l'étude : Amélioration de la stratégie diagnostique des patients suspects de tuberculose
Promoteur : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM)
Investigateur coordonnateur : Pr. M. Drancourt, Tél: 04 91 38 55 19, Mail : michel.drancourt@ap-hm.fr

Je soussigné(e) : (nom, prénom) , certifie :

1. Avoir lu et compris la notice d'information qui m'a été remise.
2. Avoir eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au Pr/Dr D.O.M.A.N.G.E.
3. Avoir compris la possibilité qui m'est réservée de refuser ma participation à cette recherche sans avoir à justifier ma décision. Cela ne remettra pas en cause la qualité des soins ultérieurs.
4. Avoir eu l'assurance que les décisions qui s'imposent pour ma santé seront prises à tout moment, conformément à l'état actuel des connaissances médicales.
5. Avoir été informé(e) que cette recherche a reçu l'avis favorable du CPP Sud Méditerranée 1 et l'autorisation de l'ANSM, que le promoteur de la recherche a souscrit une assurance de responsabilité civile auprès de la société SHAM.
6. Avoir été informé(e) que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche, seront anonymisées.
7. Avoir été informé(e) que mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de la recherche de leurs responsabilités à mon égard. Je conserve tous les droits garantis par la loi.
8. Avoir été informé(e) que je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires au médecin qui (m') a proposé de participer à cette recherche.
9. Avoir été Informé(e) que les résultats globaux de la recherche me seront communiqués directement, si je le souhaite, conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, j'accepte librement et volontairement de participer cette étude.

Patient :	Médecin investigateur : Je soussigné(e), certifie avoir donné les informations utiles concernant cette étude, avoir laissé le temps nécessaire pour lire cette notice d'information et ce formulaire de recueil d'autorisation, avoir répondu à toutes les questions.
Date et Signature <u>Marseille</u> <u>le 22/03/2013</u>	Date et Signature <u>le 22/03/2013</u>

Unité des Rickettsies
Centre National de Référence
CNRS UMR 6020
Professeur Michel DRANCOURT
Faculté de Médecine
27, Boulevard Jean Moulin
13385 Marseille Cedex 05 - France
Tél : (33)4.91.38.55.17 / (33).4.91.32.43.75
Fax : (33).4.91.38.77.72
E-mail : michel.drancourt@medecine.univ-mrs.fr