

Cachet du médecin

Madame _____

Date de la biopsie : _____

Pratiquer un test de profil immunitaire endométrial (UTIMPROtest)

Signature du médecin

Consentement pour la réalisation d'un bilan de réceptivité utérine

Je soussignée, Madamenée le....., reconnais avoir reçu ce jour (par mon médecin) les informations nécessaires sur la nature, l'intérêt et le coût de l'analyse, détaillés sur la « lettre d'information sur le bilan de réceptivité » ainsi que la « politique de confidentialité » et je consens au prélèvement d'endomètre dans le but de réaliser un bilan de réceptivité utérine.

Afin d'évaluer l'impact de cette personnalisation du soin en fonction de votre profil immunologique sur la grossesse ultérieure, nous sommes amenés à utiliser, dans le cadre de nos recherches et études scientifiques, sous forme non nominative, les résultats de votre bilan immunologique.

☐ Je souhaite m'y opposer

MatriceLab Innove pourra conserver et utiliser l'ARN extrait à partir de la biopsie à des fins de recherche scientifique. L'objectif de ces recherches est de développer les connaissances scientifiques afin d'améliorer la prise en charge des patient(e)s. L'ARN extrait sera congelé et conservé pendant 5 ans, à Créteil par le laboratoire MatriceLab Innove sous la responsabilité du Dr Nathalie LEDEE et détruit à son issue.

☐ Je souhaite m'y opposer

Les données recueillies demeurent strictement confidentielles et ne pourront être consultées que par l'équipe médicale, les personnes dûment mandatées et éventuellement par des représentants des autorités sanitaires et judiciaires habilitées. Les données anonymisées au stade des publications ne permettront pas de vous réidentifier. Conformément au Règlement Européen n°2016/679 sur la Protection des Données vous pouvez exercer des droits d'accès, d'annulation et de rectification auprès de MatriceLab Innove. Plus d'information : politique de confidentialité

Fait à

Le (date de biopsie)

Email.....

Signature de la patiente

Attestation de consultation médicale individuelle

Je soussigné (e), Docteur conformément à l'article 20 de la loi n°2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique, atteste avoir reçu en consultation ce jour la patiente signataire et lui avoir remis les informations expliquant le but, les modalités et les limites du test noté sur la lettre d'information.

Fait à

Le (date de biopsie).....

Email.....

Signature du médecin