

Formulaire de consentement à participer à l'étude PrévIST

Numéro de confidentialité
PrévIST :

À joindre impérativement au(x) prélèvement(s)

NOM :

(MAJUSCULES, une lettre par case)

PRÉNOM :

(MAJUSCULES, une lettre par case)

Date de naissance :
jour mois année

Date à laquelle vous avez réalisé le(s) prélèvement(s) :
jour mois année

J'atteste que je suis informé-e :

- que cette étude a pour objectifs d'estimer la proportion de personnes qui sont atteintes d'une infection sexuellement transmissible (IST) parmi la population française et d'étudier les facteurs de risque de ces infections.
- de mes droits au regard de ma participation à l'étude et sur les données traitées dans ce cadre.

Je suis libre de participer.

Merci de cocher les cases ci-dessous pour indiquer votre consentement :

- Je consens à participer à l'étude PrévIST dans les conditions exposées dans la lettre d'information et j'accepte que les données me concernant, recueillies pour cette étude, fassent l'objet d'un traitement informatisé totalement anonyme.
- J'accepte que mes échantillons soient conservés pendant 5 ans, sous une forme anonyme, par le Centre national de référence des IST bactériennes (CHU de Bordeaux) à des fins de recherche ultérieure sur les IST.

En l'absence de mon consentement (case cochée et formulaire signé), mes prélèvements seront détruits sans pouvoir être analysés.

Date :

Signature :

Merci de renseigner votre adresse postale, ou celle à laquelle vous souhaitez recevoir vos résultats

Adresse :

Code Postal : Ville :

Ces informations nominatives sont confidentielles, elles ne serviront qu'à vous informer des résultats des tests.

Aviez-vous des symptômes d'infection génitale le jour où vous avez réalisé le(s) prélèvement(s) ?

Oui

Si oui, veuillez préciser :

Brûlures urinaires

Douleurs génitales

Ganglion dans l'aîne

Écoulement génital inhabituel

Ulcération génitale

Verrues ano-génitales

Autres :

Non