

Consentement parental aux prélèvements à visée scientifique et/ou thérapeutique d'un enfant né sans vie ou né vivant mais non viable

Nous soussignés, Madame (NOM, Prénom) _____,

et Monsieur (NOM, Prénom) _____,

parents de l'enfant (Prénom) _____, né(e) le : _____ à

(Lieu) _____ :

(Cocher les cases correspondantes)

- Donnons l'autorisation au CHU de Caen* :
- De congeler des tissus à des fins scientifiques (dans le cadre d'un protocole de recherche validé par l'Agence de Biomédecine)*
- De congeler des tissus à des fins thérapeutiques (dans le cadre d'u protocole de soins approuvé par l'Agence de Biomédecine)*
- Ne donnons pas cette autorisation au CHU de Caen *

Fait le _____, à _____

Nom du médecin référent : _____

Cachet de l'établissement :

Signature de la mère

Signature du père (facultatif)

Ce document ne constitue pas un simple formulaire. Il doit être complété et signé à l'issue d'un entretien avec l'équipe hospitalière, permettant aux parents de poser les questions qu'ils jugent nécessaires. L'autorisation doit obligatoirement être donnée par la mère, lorsque l'enfant est né sans vie ou vivant mais non viable. Les prélèvements de tissus foetaux et leur utilisation sont effectués en vertu des dispositions l'article L1241-5 du code de la santé publique, dans le respect de l'éthique médicale.