

## DERMATOSE BULLEUSE TOXIQUE – ALLERGOBIOTEC

AUCUN PRELEVEMENT NE DOIT ETRE REALISER AVANT D'AVOIR CONTACTER  
AURORE ROZIERES (Tel : 0033.6.77.77.20.23)

NOM du patient : .....

Nom du médecin : .....

PRENOM du patient : .....

Date du prélèvement : .....

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Type de réaction : .....

Date de début de la réaction:.....

Médicaments impliqués : .....

### PRELEVEMENTS BIOLOGIQUES

Il est nécessaire d'appeler Aurore Rozieres 06 77 77 20 23 avant la réalisation des prélèvements. Les prélèvements doivent être envoyés immédiatement à **température ambiante**. Ils doivent parvenir dans les 24 heures au laboratoire.

#### PRELEVEMENTS SANGUINS.

10 tubes héparinés (5 ml bouchon vert)

1 tube sec (5 ml bouchon rouge)

#### PRELEVEMENTS TISSULAIRES (Biopsies : 4 mm punch).

Peau lésée ( Formol)

Peau saine ( Formol)

Peau lésée (RNALater)

Peau saine (RNALater)

Peau lésée (Azote liquide)

Peau saine (Azote liquide)

### ENVOI POSTAL (DHL)

Téléphoner à DHL Express pour une demande d'enlèvement :

France : 08.20.20.80.80 (puis taper 4)

Belgique : 0032.2.715.50.50

Suisse : 0041.16.14.67.79.80

Le numéro de compte du CIRI INSERM U1111,

UMR 5308 est le 221 995 000 (en France)

Préciser qu'un bordereau d'envoi doit être amené par le coursier.

**Sur le bordereau, cocher « réception avant 12h » et préciser l'adresse d'envoi :**

ROZIERES Aurore  
Equipe JF Nicolas  
Centre International de Recherche en Infectiologie (CIRI)  
INSERM U1111  
21 Avenue Tony Garnier  
69365 LYON Cedex 07

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE- *ALLERGOBIOTEC***

Je soussigné(e), Monsieur, Madame ..... certifie avoir été informé(e) par le Docteur ..... (lieu d'exercice .....) des objectifs de *Allergobiotec*, visant à favoriser la recherche publique ou privée dans le domaine de l'immuno-allergologie clinique pour l'amélioration du diagnostic, du suivi et du traitement des maladies allergologiques.

En particulier, j'ai été clairement informé(e) que cette structure est habilitée à conserver du sérum, des tissus et des cellules prélevés à l'occasion d'un examen diagnostique ou d'une intervention chirurgicale et à les utiliser dans le cadre de projets de recherche, conformément aux lois du 29 juillet 1994 relatives au respect du corps humain ainsi qu'au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain. Des analyses génétiques pourront éventuellement être réalisées, dans le respect de la réglementation actuellement en vigueur en France.

En conséquence, je suis informé(e) du recueil et de la conservation par l'*Allergobiotec* de :

- Sérum / plasma
- Cellules et/ou tissus contenant du matériel génétique (barrer les mentions inutiles)

- Je suis également informé(e) que diverses analyses biologiques, incluant des sérologies virales (HIV, hépatites) pourraient être réalisées sur ces prélèvements. Si nécessaire, les résultats seraient alors communiqués au médecin ayant recueilli mon consentement.

- Je suis informé(e) que des données nominatives médicales me concernant font l'objet d'un traitement par fichier informatique autorisé par la Commission Nationale Informatique et Libertés conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés. Ce fichier reste au sein de l'*Allergobiotec* et, en aucun cas, des données nominatives ne seront communiquées à l'extérieur. L'anonymat est ainsi respecté.

- Je peux exercer un droit d'accès et de rectification sur les informations me concernant dans ce fichier informatique par simple demande écrite au Dr .....

- Je suis libre, à tout moment et quelles que soient mes motivations, de révoquer par simple courrier mon consentement à cette conservation et de demander la destruction des échantillons biologiques me concernant, ainsi que des informations médicales associées à ce prélèvement.

A....., le .....

Signature du patient (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature du médecin

Ce consentement est établi en 3 exemplaires :

- 1<sup>er</sup> feuillet destiné à *Allergobiotec*
- 2<sup>o</sup> feuillet destiné au patient
- 3<sup>o</sup> feuillet destiné au dossier médical

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE- *ALLERGOBIOTEC***

Je soussigné(e), Monsieur, Madame ..... certifie avoir été informé(e) par le Docteur ..... (lieu d'exercice .....) des objectifs de *Allergobiotec*, visant à favoriser la recherche publique ou privée dans le domaine de l'immuno-allergologie clinique pour l'amélioration du diagnostic, du suivi et du traitement des maladies allergologiques.

En particulier, j'ai été clairement informé(e) que cette structure est habilitée à conserver du sérum, des tissus et des cellules prélevés à l'occasion d'un examen diagnostique ou d'une intervention chirurgicale et à les utiliser dans le cadre de projets de recherche, conformément aux lois du 29 juillet 1994 relatives au respect du corps humain ainsi qu'au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain. Des analyses génétiques pourront éventuellement être réalisées, dans le respect de la réglementation actuellement en vigueur en France.

En conséquence, je suis informé(e) du recueil et de la conservation par l'*Allergobiotec* de :

- Sérum / plasma
- Cellules et/ou tissus contenant du matériel génétique (barrer les mentions inutiles)
  
- Je suis également informé(e) que diverses analyses biologiques, incluant des sérologies virales (HIV, hépatites) pourraient être réalisées sur ces prélèvements. Si nécessaire, les résultats seraient alors communiqués au médecin ayant recueilli mon consentement.
  
- Je suis informé(e) que des données nominatives médicales me concernant font l'objet d'un traitement par fichier informatique autorisé par la Commission Nationale Informatique et Libertés conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés. Ce fichier reste au sein de l'*Allergobiotec* et, en aucun cas, des données nominatives ne seront communiquées à l'extérieur. L'anonymat est ainsi respecté.
  
- Je peux exercer un droit d'accès et de rectification sur les informations me concernant dans ce fichier informatique par simple demande écrite au Dr .....
  
- Je suis libre, à tout moment et quelles que soient mes motivations, de révoquer par simple courrier mon consentement à cette conservation et de demander la destruction des échantillons biologiques me concernant, ainsi que des informations médicales associées à ce prélèvement.

A....., le .....

Signature du patient (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature du médecin

Ce consentement est établi en 3 exemplaires :

- 1<sup>er</sup> feuillet destiné à *Allergobiotec*
- 2<sup>o</sup> feuillet destiné au patient
- 3<sup>o</sup> feuillet destiné au dossier médical
- 3<sup>o</sup> feuillet destiné au dossier médical

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE- *ALLERGOBIOTEC***

Je soussigné(e), Monsieur, Madame ..... certifie avoir été informé(e) par le Docteur ..... (lieu d'exercice .....) des objectifs de *Allergobiotec*, visant à favoriser la recherche publique ou privée dans le domaine de l'immuno-allergologie clinique pour l'amélioration du diagnostic, du suivi et du traitement des maladies allergologiques.

En particulier, j'ai été clairement informé(e) que cette structure est habilitée à conserver du sérum, des tissus et des cellules prélevés à l'occasion d'un examen diagnostique ou d'une intervention chirurgicale et à les utiliser dans le cadre de projets de recherche, conformément aux lois du 29 juillet 1994 relatives au respect du corps humain ainsi qu'au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain. Des analyses génétiques pourront éventuellement être réalisées, dans le respect de la réglementation actuellement en vigueur en France.

En conséquence, je suis informé(e) du recueil et de la conservation par l'*Allergobiotec* de :

- Sérum / plasma

- Cellules et/ou tissus contenant du matériel génétique (barrer les mentions inutiles)

- Je suis également informé(e) que diverses analyses biologiques, incluant des sérologies virales (HIV, hépatites) pourraient être réalisées sur ces prélèvements. Si nécessaire, les résultats seraient alors communiqués au médecin ayant recueilli mon consentement.

- Je suis informé(e) que des données nominatives médicales me concernant font l'objet d'un traitement par fichier informatique autorisé par la Commission Nationale Informatique et Libertés conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés. Ce fichier reste au sein de l'*Allergobiotec* et, en aucun cas, des données nominatives ne seront communiquées à l'extérieur. L'anonymat est ainsi respecté.

- Je peux exercer un droit d'accès et de rectification sur les informations me concernant dans ce fichier informatique par simple demande écrite au Dr .....

- Je suis libre, à tout moment et quelles que soient mes motivations, de révoquer par simple courrier mon consentement à cette conservation et de demander la destruction des échantillons biologiques me concernant, ainsi que des informations médicales associées à ce prélèvement.

A....., le .....

Signature du patient (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature du médecin

Ce consentement est établi en 3 exemplaires :

1<sup>er</sup> feuillet destiné à *Allergobiotec*

2<sup>o</sup> feuillet destiné au patient

3<sup>o</sup> feuillet destiné au dossier médical

## FICHE D'INFORMATION AUX PATIENTS

Madame, Monsieur,

Vous êtes actuellement suivi pour la prise en charge de votre allergie aux médicaments. Afin d'en améliorer le diagnostic, le suivi et/ou le traitement, des prélèvements sanguins sous forme de prise de sang et/ou cutanés sous forme de ponction-biopsie vont être réalisés.

Néanmoins, certaines causes impliquées dans votre maladie sont encore inconnues et c'est pourquoi nous vous proposons de participer à nos recherches sur l'immunologie de l'allergie aux médicaments, **une partie des prélèvements effectués pourront, sauf opposition de votre part, être utilisée pour la recherche médicale ou scientifique dans le respect de la confidentialité.**

Le lieu de conservation de ces prélèvements est l'*Allergobiotec* sur le site de la faculté de médecine de Lyon Sud dont l'équipe est dirigée par Monsieur le Professeur Jean-François Nicolas. Cette unité a pour vocation de conserver du sérum, des tissus et des cellules prélevés à l'occasion d'un examen diagnostique ou d'une intervention chirurgicale et de les utiliser dans le cadre de projets de recherche, conformément aux lois du 29 juillet 1994 relatives au respect du corps humain ainsi qu'au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain.

Vous pouvez exprimer votre opposition à cette conservation à tout moment auprès des médecins du service clinique. Par ailleurs, les données médicales associées au prélèvement seront réunies sur un fichier informatique permettant leur traitement automatisé dans le cadre des recherches. Vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition conformément à la loi.

En outre, conformément à la loi, ce prélèvement ne pourra être cédé à titre commercial ni donner lieu à une rémunération à votre bénéfice. Il pourra être utilisé pour des recherches effectuées en partenariat avec un ou plusieurs organismes publics ou privés.

Pour toute information complémentaire, l'équipe médicale et infirmière reste à votre entière disposition.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir le formulaire de consentement éclairé ci-joint.

Cordialement

A. Rozières & L'équipe médicale