

ECZEMA ALLERGIQUE DE CONTACT

Merci de CONTACTER l'équipe INSERM U1111 (Tel : 0033.4.37.28.23.56)

NOM du patient :	Date du prélèvement : à h....
PRENOM du patient :	Nom du médecin :
Date de naissance :	Lieu d'exercice :

1- RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (cocher les bonnes cases ou compléter si nécessaire)

Diagnostic d'eczéma allergique de contact avec patch-tests :

Allergènes :

- Nickel
- Methylisothiazolinone
- Linalol peroxyde

Irritants :

- SLS
- Chlorure de zinc
- Nonanoic acid

Véhicules :

- Vaseline (véhicule allergènes et Chlorure zinc)
- Solution aqueuse (véhicule SLS)
- Isopropanol (véhicule Nonanoic acid)
- Peau saine

Type d'exposition :

- Professionnels
- Usagers

Date de la dernière réaction : ../ ../ ..

Manifestation clinique :

Date du bilan allergologique : ../ ../ ..

Résultat de la Batterie Standard

Européenne (lecture à ...H) :

Nickel : Irrit, -/+, +, ++, +++

Methylisothiazolinone : Irrit, -/+, +, ++, +++

Linalol peroxyde : Irrit, -/+, +, ++, +++

SLS : Irrit, -/+, +, ++, +++

Chlorure de zinc : Irrit, -/+, +, ++, +++

Nonanoic acid: Irrit, -/+, +, ++, +++

Vaseline : ; Solution aqueuse :

Isopropanol: ; Peau saine :

Autres allergènes :

Photographie de la lésion : Oui Non

2- PRELEVEMENTS TISSULAIRES

Réalisation de 2 biopsies cutanées (Allergène ou Irritant et toujours un contrôle négatif (vaseline/solution aqueuse ou éventuellement peau saine) de 3 mm après la pose des patch-tests (réalisés si possible après 72h de pose, ceci en fonction des patients).

Les échantillons sont déposés dans des tubes de RNAlater (fournis). Ces derniers sont stockés à 4°C, pendant 24h minimum (et ceci jusqu'à 30 jours). Ils sont ensuite envoyés au laboratoire à 4°C (conditionnement selon la procédure du transporteur).

Type d'échantillon envoyé: Nickel, Methylisothiazolinone, Linalol peroxyde, SLS, Chlorure de zinc, Nonanoic acid, Vaseline, Solution aqueuse : , Isopropanol: , Peau saine :

Intensité de la réaction inflammatoire du prélèvement envoyé : Irrit, -/+, +, ++, +++

3- ENVOI POSTAL (TRANSPORTEO)

Téléphoner à Vanina Lenief (0033.4.37.28.23.56) ou si besoin à Marc Vocanson (0033.6.13.31.60.48) pour une demande d'enlèvement.

Préparer l'envoi:

- Mettre les échantillons dans le sac en plastique fourni
- Joindre la présente feuille complétée et un consentement éclairé signé

Le matin du jour de l'enlèvement, le transporteur amènera la boîte de transport réfrigérée, dans laquelle l'échantillon devra être placé. L'enlèvement est effectué dans l'après midi.

Marc Vocanson / Audrey Nosbaum – Equipe du Prof. Jean-François Nicolas
Centre International de Recherche en Infectiologie (CIRI) INSERM U1111 – CNRS UMR 5308
21 Avenue Tony Garnier,
69365 LYON Cedex 07
FRANCE

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^{er} feuillet destiné à *Allergobiotec*
- 2^o feuillet destiné au patient
- 3^o 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^{er} feuillet destiné à *Allergobiotec*

2^o feuillet destiné au patient

3^o feuillet destiné au dossier médical

3^o 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^{er} feuillet destiné à *Allergobiotec*

2^o feuillet destiné au patient

3^o feuillet destiné au dossier médical

FICHE D'INFORMATION AUX PATIENTS

Madame, Monsieur,

Vous êtes actuellement suivi pour la prise en charge de votre eczéma allergique de contact. Afin d'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 cutanée, **une partie des prélèvements effectués pourra, 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/ou l'infirmière reste à votre entière disposition.

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

Cordialement

M.Vocanson & L'équipe médicale