

Centre pour les Maladies Rares d'Aix-la-Chapelle
Centre de Génétique Humaine et de Médecine Génomique

Analyse d'images assistée par ordinateur dans le diagnostic des maladies génétiques (PEDIA AC)

Déclaration de consentement

J'ai lu le document d'information sur l'étude de recherche « Analyse d'images assistée par ordinateur dans le diagnostic des maladies génétiques » (en abrégé : PEDIA AC), ou il m'a été lu, et j'ai été informé(e) de mes droits en tant que personne concernée. J'ai eu la possibilité de poser des questions, et toutes les questions que j'ai posées ont reçu une réponse satisfaisante. J'ai le droit de demander des informations supplémentaires sur le projet à tout moment.

Je consens volontairement [au nom de mon enfant / de la personne dont je m'occupe] à participer à cette étude. J'ai été informé(e) que je peux retirer mon consentement à tout moment et sans avoir à fournir de justification.

En cas de retrait du consentement, toutes les données attribuables seront supprimées, et cette décision ne m'affectera négativement d'aucune façon.

Je suis prêt(e) à participer à l'étude et à mettre à disposition mes données d'image ainsi que mes données cliniques et génétiques chiffrées à cet effet.

Je comprends que les images peuvent être vues par des professionnels médicaux et scientifiques utilisant les bases de données. Bien que ces images soient utilisées sans informations d'identification, telles que mon nom, je comprends que quelqu'un pourrait me reconnaître. J'accepte également que mes images puissent être utilisées à des fins de formation pour l'intelligence humaine et artificielle. Cela inclut la formation des étudiants en médecine et des médecins résidents, ainsi que l'apprentissage automatique.

[] Je consens par la présente volontairement à la collecte et au traitement de mes données personnelles tels que décrits ci-dessus. J'ai été suffisamment informé(e) et j'ai eu la possibilité de poser des questions. J'ai été informé(e) des conséquences de la révocation de mon consentement en matière de protection des données. J'ai reçu les informations écrites et le formulaire de consentement.

De plus, nous vous prions de cocher les points appropriés :

[] Je consens à l'accès aux images et aux données non personnelles dans une base de données d'analyse d'images assistée par ordinateur par des professionnels médicaux d'autres institutions. Cela permet également aux données d'être utilisées par d'autres institutions pour des comparaisons de similarité de leurs patients et pour l'entraînement d'algorithmes d'intelligence artificielle. Bien que ces photos soient utilisées sans informations d'identification, telles que mon nom, je comprends que quelqu'un pourrait me reconnaître.

[] J'accepte que les images publiées dans une base de données par moi ou par mon enfant / la personne dont je m'occupe puissent être utilisées à des fins d'enseignement et de formation. Cela inclut la formation des étudiants en médecine et des médecins résidents.

[] J'accepte que mes images et données puissent également être publiées sous forme anonymisée dans une revue scientifique. Mes données personnelles sont soumises à la loi sur la protection des données.

[] Je souhaite être recontacté(e) si nécessaire pour une publication dans des revues scientifiques.

[] Cette étude pourrait être suivie d'investigations scientifiques de suivi. J'accepte de pouvoir être recontacté(e) pour des investigations scientifiques de suivi si nécessaire.

En cas de consentement à être recontacté(e) pour une publication dans une revue ou pour des investigations scientifiques de suivi, veuillez laisser vos coordonnées :

Coordonnées pour recontact (nom, téléphone / e-mail): _____

Patient

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Signataire

Nom : _____

Prénom : _____

Signature au nom de : _____

- ☐ Moi-même
- ☐ Mon enfant
- ☐ Personne à charge

Lieu : _____

Date : _____

Signature