

# Consentement Informé

**Consentement pour la réalisation d'analyses et d'études cliniques ou génétiques (ADN) par des laboratoires collaborateurs de EUGENOMIC®.** Les études analytiques et génétiques exigent que vous acceptiez et signez le **CONSENTEMENT INFORMÉ** ainsi que la signature de la personne qui vous l'a prescrit.

**EUGENOMIC S.L.**, conformément aux dispositions du règlement 2016/679 du 27 avril et de la loi organique 3/2018 du 5 décembre sur la protection des données personnelles et la garantie des droits numériques et autres réglementations applicables, vous informe que les données personnelles que vous nous fournissez seront traitées afin de fournir le service médical que vous nous demandez. Afin de respecter les obligations légales, l'activité réalisée sera inscrite dans un registre dont dispose l'Agence espagnole de protection des données.

La base de légitimité avec laquelle vos données seront traitées est celle qui se réfère au traitement, à l'assistance ou au service médical ou génétique que vous demandez, ainsi que le consentement que vous donnez dans chaque cas. Dans les cas où l'intervention de prestataires de services de santé, tels que des laboratoires de traitement, est nécessaire, les données requises peuvent être communiquées à ces entités, uniquement et exclusivement dans le but de fournir le service que vous nous demandez. De même, si les soins de santé sont fournis sur la base de polices ou de couvertures en accord avec les compagnies d'assurance, les informations sur les services fournis peuvent leur être communiquées, car elles sont indispensables à la facturation. Vos données seront conservées pendant la durée légale et, le cas échéant, pendant la durée nécessaire à l'exécution du service demandé.

Dans tous les cas, nous vous informons de vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation du traitement et de portabilité, que vous pouvez exercer en écrivant au siège social d'EUGENOMIC, situé à C/ Londres 6, 08029 Barcelone, ou en envoyant un courrier électronique à info@eugenomic.com ; vous pouvez également présenter une plainte à l'autorité de surveillance compétente. Vous pouvez obtenir de plus amples informations sur ces droits dans notre politique de confidentialité, disponible sur notre site web (www.eugenomic.com).

**Vous déclarez que votre consentement se réfère aux tests demandés par votre prescripteur, que vos préoccupations concernant les tests à effectuer vous ont été expliquées de manière suffisante et compréhensible et que vous avez été dûment informé de ce qui suit:**

- Le rapport demandé est livré par le portail resultados.eugenomic.com.
- Les échantillons et leurs données sont envoyés au(x) laboratoire(s) collaborateur(s) pour traitement.
- Le laboratoire de traitement est responsable de l'exactitude des valeurs obtenues; et qu'il conservera les résultats et les informations personnelles relatifs à l'analyse.
- La qualité et l'intégrité de l'échantillon relèvent de la responsabilité de la personne qui le prélève.
- L'échantillon est conservé après la fin de l'étude.
- Vous acceptez irrévocablement de payer le test.
- Vous déclarez avoir été dûment informé du but du test, des implications des résultats, du fait qu'un résultat ne peut être déterminé, qu'il n'est pas concluant et/ou qu'un échantillon supplémentaire est nécessaire, de la manière dont l'échantillon sera obtenu, de la manière dont l'échantillon sera utilisé et des informations génétiques.

**Si vous n'êtes pas d'accord avec une quelconque circonstance, vous devrez nous informer avant de recevoir des soins de santé.**

**OUI**  **NON** J'autorise le transfert de mes données, dans le but susmentionné, à ma compagnie d'assurance ou à mon prescripteur, situés en dehors de l'Union européenne.

**OUI**  **NON** J'autorise l'envoi d'informations sur les nouvelles et les mises à jour relatives à la médecine clinique et à la génomique.

**Et autorise (ou votre tuteur légal) l'exécution des analyses énumérées dans le formulaire de demande, qui est joint et signé.**

**Ville:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

## **DONNÉES PERSONNELLES:**

**Nom et prénom:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**N° Carte d'identité:** \_\_\_\_\_ **Téléphone:** \_\_\_\_\_

**Date de naissance:** \_\_\_\_\_ **Sexe biologique:**  **Femme**  **Homme**

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Ville:** \_\_\_\_\_ **Code postal:** \_\_\_\_\_

## **Langue dans laquelle vous souhaitez recevoir le rapport:**

- Français
- Anglais
- Espagnol
- Russe (Merci de confirmer à l'avance)

**Signature du patient:**

## **COORDONNÉES DU TUTEUR LÉGAL:**

**Nom et prénom:** \_\_\_\_\_

**N° CNI:** \_\_\_\_\_

**Signature du tuteur légal:**