



Exemplaire destiné  
à l'équipe Constances



cohorte  
**CONSTANCES**  
Améliorer la santé de demain



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nom :

Prénom :

Né(e) :  /  /

jour                      mois                      année

J'ai pris connaissance de la note d'information qui m'a été remise concernant le programme de recherche épidémiologique de la cohorte Constances. J'ai bien pris connaissance des informations sur les buts de la recherche, et qu'en complément des données déjà recueillies par questionnaire, des données pourront être collectées avec mon accord, auprès des médecins du Centre d'examen de santé, des Caisses d'assurance maladie et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, des hôpitaux et des professionnels de santé. J'ai pu poser toutes les questions que j'estime nécessaires pour m'éclairer. Ces données seront analysées de façon **strictement confidentielle et à des fins exclusives de recherche**. J'ai pris connaissance de la possibilité de vérifier leur exactitude et de la possibilité de demander leur destruction ultérieure auprès de :

Dr. Marie Zins ou Pr. Marcel Goldberg, responsables de la recherche Cohorte Constances  
UMS Inserm UVSQ « Cohortes en population »  
Hôpital Paul Brousse - Bâtiment 15-16 - 16 avenue Paul Vaillant Couturier 94807 Villejuif Cedex

**Si vous acceptez que ces données soient transmises aux chercheurs de l'Inserm,  
veuillez l'indiquer ci-dessous, en cochant les cases correspondantes.**

- J'accepte la transmission des données concernant mon bilan de santé .....  <sub>1</sub> Oui     <sub>2</sub> Non
- J'accepte le recueil des données me concernant auprès des Caisses d'assurance maladie (consommations de médicaments et actes de laboratoires, consultations de médecins et autres professionnels de santé), des hôpitaux et des professionnels de santé .....  <sub>1</sub> Oui     <sub>2</sub> Non
- J'accepte la transmission des données concernant mes événements professionnels (situation de salarié, chômage, périodes assimilées) issues de la Caisse nationale d'assurance vieillesse ....  <sub>1</sub> Oui     <sub>2</sub> Non
- Afin de pouvoir continuer à recevoir des questionnaires, j'accepte en cas de déménagement la transmission par La Poste du suivi de mon adresse .....  <sub>1</sub> Oui     <sub>2</sub> Non
- J'accepte d'être appelé par un enquêteur soumis au secret médical et sous la responsabilité de l'équipe Constances pour fournir en cas de besoin des informations sur ma santé .....  <sub>1</sub> Oui     <sub>2</sub> Non

➔ Si oui, à quel(s) numéro(s) peut-on vous joindre ?

Téléphone personnel fixe :

Téléphone portable :

Mon consentement ne dégage pas les organisateurs de cette recherche de leurs responsabilités.

Fait à :

Le :   /   /

jour                      mois                      année

Signature



cohorte  
**CONSTANCES**  
Améliorer la santé de demain



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nom :

Prénom :

Né(e) :  /  /

jour                      mois                      année

J'ai pris connaissance de la note d'information qui m'a été remise concernant le programme de recherche épidémiologique de la cohorte Constances. J'ai bien pris connaissance des informations sur les buts de la recherche, et qu'en complément des données déjà recueillies par questionnaire, des données pourront être collectées avec mon accord, auprès des médecins du Centre d'examen de santé, des Caisses d'assurance maladie et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, des hôpitaux et des professionnels de santé. J'ai pu poser toutes les questions que j'estime nécessaires pour m'éclairer. Ces données seront analysées de façon **strictement confidentielle et à des fins exclusives de recherche**. J'ai pris connaissance de la possibilité de vérifier leur exactitude et de la possibilité de demander leur destruction ultérieure auprès de :

Dr. Marie Zins ou Pr. Marcel Goldberg, responsables de la recherche Cohorte Constances  
UMS Inserm UVSQ « Cohortes en population »  
Hôpital Paul Brousse - Bâtiment 15-16 - 16 avenue Paul Vaillant Couturier 94807 Villejuif Cedex

**Si vous acceptez que ces données soient transmises aux chercheurs de l'Inserm, veuillez l'indiquer ci-dessous, en cochant les cases correspondantes.**

- J'accepte la transmission des données concernant mon bilan de santé ..... <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- J'accepte le recueil des données me concernant auprès des Caisses d'assurance maladie (consommations de médicaments et actes de laboratoires, consultations de médecins et autres professionnels de santé), des hôpitaux et des professionnels de santé ..... <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- J'accepte la transmission des données concernant mes événements professionnels (situation de salarié, chômage, périodes assimilées) issues de la Caisse nationale d'assurance vieillesse .... <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- Afin de pouvoir continuer à recevoir des questionnaires, j'accepte en cas de déménagement la transmission par La Poste du suivi de mon adresse ..... <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- J'accepte d'être appelé par un enquêteur soumis au secret médical et sous la responsabilité de l'équipe Constances pour fournir en cas de besoin des informations sur ma santé ..... <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

➔ **Si oui**, à quel(s) numéro(s) peut-on vous joindre ?

Téléphone personnel fixe :

Téléphone portable :

Mon consentement ne dégage pas les organisateurs de cette recherche de leurs responsabilités.

Fait à :

Le :  /  /

jour                      mois                      année

Signature



cohorte  
**CONSTANCES**  
Améliorer la santé de demain



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nom :

Prénom :

Né(e) :  /  /

jour                      mois                      année

J'ai pris connaissance de la note d'information qui m'a été remise concernant le programme de recherche épidémiologique de la cohorte Constances. J'ai bien pris connaissance des informations sur les buts de la recherche, et qu'en complément des données déjà recueillies par questionnaire, des données pourront être collectées avec mon accord, auprès des médecins du Centre d'examen de santé, des Caisses d'assurance maladie et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, des hôpitaux et des professionnels de santé. J'ai pu poser toutes les questions que j'estime nécessaires pour m'éclairer. Ces données seront analysées de façon **strictement confidentielle et à des fins exclusives de recherche**. J'ai pris connaissance de la possibilité de vérifier leur exactitude et de la possibilité de demander leur destruction ultérieure auprès de :

Dr. Marie Zins ou Pr. Marcel Goldberg, responsables de la recherche Cohorte Constances  
UMS Inserm UVSQ « Cohortes en population »  
Hôpital Paul Brousse - Bâtiment 15-16 - 16 avenue Paul Vaillant Couturier 94807 Villejuif Cedex

**Si vous acceptez que ces données soient transmises aux chercheurs de l'Inserm, veuillez l'indiquer ci-dessous, en cochant les cases correspondantes.**

- J'accepte la transmission des données concernant mon bilan de santé ..... <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- J'accepte le recueil des données me concernant auprès des Caisses d'assurance maladie (consommations de médicaments et actes de laboratoires, consultations de médecins et autres professionnels de santé), des hôpitaux et des professionnels de santé ..... <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- J'accepte la transmission des données concernant mes événements professionnels (situation de salarié, chômage, périodes assimilées) issues de la Caisse nationale d'assurance vieillesse .... <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- Afin de pouvoir continuer à recevoir des questionnaires, j'accepte en cas de déménagement la transmission par La Poste du suivi de mon adresse ..... <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non
- J'accepte d'être appelé par un enquêteur soumis au secret médical et sous la responsabilité de l'équipe Constances pour fournir en cas de besoin des informations sur ma santé ..... <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

➔ **Si oui**, à quel(s) numéro(s) peut-on vous joindre ?

Téléphone personnel fixe :

Téléphone portable :

Mon consentement ne dégage pas les organisateurs de cette recherche de leurs responsabilités.

Fait à :

Le :  /  /

jour                      mois                      année

**Signature**