

Numéro SNPSR
Ne pas remplir

Initiales (Nom famille / Prénom)

Ne pas remplir

Swiss NeuroPaediatric Stroke Registry (SNPSR) Registre Suisse des Accidents Vasculaires Cérébraux de l'Enfant International Paediatric Stroke Study (IPSS)

Déclaration de consentement éclairé

Chers parents,

Nous vous prions de donner votre consentement pour l'utilisation des données médicales de votre enfant dans le cadre du Registre Suisse des Accidents Vasculaires Cérébraux de l'Enfant et/ou de l' IPSS.

Une fiche d'information vous a été donnée avec ce formulaire. Vous y trouvez toutes les informations importantes. Des informations complémentaires sont disponibles sur internet à l'adresse www.neuropaediatric.ch/snpsr ainsi que: <https://app3.ccb.sickkids.ca/cstrokestudy/>. Nous répondrons aussi directement à vos questions si vous le souhaitez. Votre participation est volontaire. Si vous consentez initialement mais changez d'avis plus tard, vous pouvez nous en informer à tout moment, sans obligation de motiver votre décision. Un refus de participer ou un retrait ultérieur n'entraîne en aucun cas des conséquences négatives pour la suite des traitements ou la prise en charge de votre enfant.

Nous vous prions de cocher ci-dessous la case qui correspond à votre réponse, de mettre votre adresse et de signer le formulaire. La personne qui vous a informé du SNPSR nous le transférera ou vous pourrez nous l'envoyer dans l'enveloppe timbrée ci-jointe. Pour toute question ou complément d'information, vous pouvez nous contacter à l'adresse indiquée ci-dessous.

Merci beaucoup de votre participation!

- Les données de notre enfant peuvent être transférées à l' SNPSR.
- Les données de notre enfant peuvent aussi être transférées à l' IPSS.
- Nous sommes (Je suis) d'accord de participer à un examen de suivi dans le cadre du SNPSR et nous pouvons être contacté(s) directement par le SNPSR: (Veuillez remplir en lettres majuscules et de façon lisible)

Nom, Prénom de l'enfant / des parents	
Rue, Numéro	
Code postal, Localité	
Téléphone / Email	

Le contact doit se faire par l'intermédiaire du médecin en charge.

- En ce moment, nous ne sommes pas (Je ne suis pas) d'accord de participer à un examen de suivi. Le médecin en charge pourra solliciter notre participation encore une fois ultérieurement (biffer cette dernière phrase si vous ne souhaitez aucun contact futur).

Lieu, Date	
Signature personne autorisée / enfant	

Merci beaucoup pour votre collaboration !

SNPSR, Prof. Dr. Maja Steinlin, Abt. Neuropädiatrie, Med. Universitäts-Kinderklinik, 3010 Bern Tel.: 031-632 94 24 - Email: paedistroke@insel.ch - Website: www.neuropaediatric.ch/snpsr et <https://app3.ccb.sickkids.ca/cstrokestudy/>

Berne, le 17 juillet 2010