

Don de cerveau

CONSETEMENT ECLAIRE POUR UN LEGS DE CERVEAU AU SERVICE DE NEUROLOGIE DU CHU LIEGE

PATIENT	* information indispensable
NOM et PRENOM	*
DATE de NAISSANCE	*
ADRESSE	*
NUMERO DE TELEPHONE	*
PERSONNE DE CONFIANCE	
NOM et PRENOM	*
ADRESSE	*
NUMERO DE TELEPHONE	*
MEDECIN TRAITANT	
NOM et PRENOM	*
ADRESSE	*
NUMERO DE TELEPHONE	

- J'ai lu et compris les informations concernant le legs de cerveau.
- J'ai pu poser toutes les questions et reçu toutes les informations voulues à ce sujet.
- Je consens librement à léguer après mon décès :

Mon cerveau	oui	non
Ma moelle épinière	oui	non
Mon liquide céphalo-rachidien	oui	non
Un prélèvement de peau.	oui	non

- J'entends que je peux à tout moment mettre un terme à mon consentement, sans que cela ait quelque conséquence néfaste que ce soit à mon égard et sans devoir motiver ma décision.
- Je désire que les membres suivants de ma famille soient mis au courant du diagnostic final me concernant :
- Je conserve une copie du présent document signé ainsi que le document d'informations.
- Les données recueillies seront strictement confidentielles et conservées de manière anonyme.
- Je conserve le droit de connaître quelles sont les données collectées à mon sujet.
- Je conserve le droit de regard et de rectification sur mes données personnelles.

Pour consentement, en date du

	Participant	Personne de confiance	
NOMS			
SIGNATURES			