



### CONSENTEMENT D'ENREGISTREMENT AU RMTQ

Je, soussignée ..... accepte que mon dossier soit inscrit au **Registre des Maladies Trophoblastiques du Québec (RMTQ)** ([www.rmtq.ca](http://www.rmtq.ca)) situé au CHUM à Montréal. J'ai la possibilité de poser toutes les questions complémentaires que je souhaiterais et je peux communiquer avec le Registre par téléphone (514-890-8000, p. 24729), courriel ([catherine.de.ravinel.chum@ssss.gouv.qc.ca](mailto:catherine.de.ravinel.chum@ssss.gouv.qc.ca)) ou fax (514-412-7843).

Je sais que je peux retirer mon consentement à tout moment et que cela ne remettra pas en cause la qualité des soins dont je bénéficie.

J'accepte que les données enregistrées au RMTQ puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. J'accepte que tout médecin ou professionnel agréé ait accès à mon dossier dans le respect le plus strict de la confidentialité et du secret médical.

J'accepte :

- De faire don de tout ou partie des prélèvements sanguins ou de tissus à des fins de diagnostic.
- Que les méthodes d'analyse puissent faire appel, si nécessaire, à des techniques de génétique ou de biologie moléculaire.

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de ces procédures et leur finalité.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom de la patiente (lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Nom du médecin (lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature de la patiente

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

**Consentement à envoyer au RMTQ / D<sup>r</sup> Annick PINA**

**Par courriel ([catherine.de.ravinel.chum@ssss.gouv.qc.ca](mailto:catherine.de.ravinel.chum@ssss.gouv.qc.ca)), fax(514) 412-7843 ou à l'adresse ci-dessous.**