

**IMPACT DU MICROBIOTE VAGINAL SUR LE DEVELOPPEMENT DU CHOC TOXIQUE STAPHYLOCOCCIQUE MENSTRUEL
(ETUDE VMMTSS)**

Consentement de participation

Je soussignée certifie avoir été informée par le Dr, des objectifs de l'étude VMMTSS menée par le Centre National de Référence des Staphylocoques (Hospices Civils de Lyon) visant à améliorer le diagnostic et le pronostic des chocs toxiques staphylococciques d'origine menstruelle.

En particulier, j'ai été clairement informée que cette structure est habilitée à conserver des échantillons biologiques prélevés à l'occasion d'un examen diagnostique et à les utiliser dans le cadre de l'étude VMMTSS, conformément aux lois du 29 juillet 1994 et du 6 août 2004 relatives au respect du corps humain ainsi qu'au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain.

En conséquence, je suis informée du recueil et de la conservation par le Centre National de Référence des Staphylocoques de liquide issu du flux menstruel via des tampons hygiéniques usagés.

Je suis informée que diverses analyses biologiques, incluant des cultures bactériologiques et des génotypage à la recherche de toxines pourraient être réalisées sur ces prélèvements. Si nécessaire, les résultats pourraient m'être communiqués sur simple demande écrite en mentionnant ma date de naissance et le numéro d'anonymat.

Je suis informée que les données nominatives médicales me concernant font l'objet d'un traitement par fichier informatique autorisé par la Commission Nationale Informatique des Libertés conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés. Ce fichier reste au sein du Laboratoire de Biologie et Pathologie Sud et en aucun cas des données nominatives ne seront communiquées à l'extérieur. L'anonymat est ainsi respecté.

Je peux exercer un droit d'accès et de rectification sur les informations me concernant dans ce fichier informatique, par demande écrite au Pr Gérard Lina.

Je suis libre, à tout moment et quelles que soient mes motivations, de révoquer par simple courrier mon consentement à cette conservation et de demander la destruction de l'échantillon biologique me concernant, ainsi que les informations médicales associées à ce prélèvement.

Lyon, le

Signature de la patiente
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature du médecin
responsable du prélèvement