



## Registre Wilson France

# REGISTRE FRANCE

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR UNE PERSONNE ATTEINTE DE LA MALADIE DE WILSON

	<b>Veillez apposer vos initiales dans les 3 cases suivantes</b>
<b>Je confirme avoir lu et compris la fiche d'information relative au registre mentionné ci-dessus et avoir eu l'occasion de poser des questions</b>	
<b>Il est entendu que ma participation est volontaire et que je peux interrompre à tout moment l'enregistrement de mes données, sans avoir à donner de raison et sans porter atteinte à la qualité de mes soins médicaux ni à mes droits reconnus par la loi</b>	
<b>J'accepte que les données provenant de mon dossier médical soient incluses dans le registre France, à condition que mon nom et les autres informations susceptibles de permettre mon identification soient anonymisées</b>	

Nom du patient

Signature du patient

Date

Nom de la personne  
qui reçoit le consentement

Signature de la personne  
qui reçoit le consentement

Date

**Centre Maladie Rare Wilson**  
Service de Neurologie – Hôpital Lariboisière – 2 rue Ambroise Paré – 75475 Paris Cedex 10  
Secrétariat : 01 49 95 65 27 – Fax : 01 49 95 65 34 – Mail : [cnr.wilson@lrp.aphp.fr](mailto:cnr.wilson@lrp.aphp.fr)  
Pour plus d'informations sur la maladie et le Centre Maladie Rare Wilson,  
consultez le site [www.cnrwilson.fr](http://www.cnrwilson.fr)