



**Registre de la Lymphangioliomyomatose en France**  
**Consentement destiné aux patient(e)s**

Un exemplaire dûment rempli par la patiente ou le patient doit être retourné par courrier, fax ou mail selon convenance aux coordonnées ci-dessous :

*Pr Vincent Cottin*  
*Service de Pneumologie, Hôpital Louis Pradel*  
*28 avenue Doyen Lépine, 69677 Lyon (Bron) cedex*

*fax : 04 72 35 76 53*  
*mail : [registre.lam@gmail.com](mailto:registre.lam@gmail.com)*

Je soussigné(e),....., né(e) le .....

reconnais avoir été informé(e) par le Docteur ..... de l'existence du Registre de la Lymphangioliomyomatose en France et **donne mon consentement pour être inclus(e)**.

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet acte.

En particulier, je suis averti(e) que:

- les données permettant de m'identifier seront archivées seulement sous format papier, conservées dans un lieu sécurisé et associées à un numéro d'identification anonyme afin de garantir leur confidentialité.
- le pneumologue en charge de mon suivi sera contacté pour renseigner les données médicales concernant le diagnostic de ma maladie.
- ces données médicales anonymes feront l'objet d'un traitement informatique à l'échelle nationale et internationale en s'intégrant au Registre Américain LAM Treatment Alliance.
- cette déclaration au registre ne modifie en rien ma prise en charge par mon pneumologue référent, mais celui-ci peut me solliciter ultérieurement pour participer à d'autres études. Dans ce cas, rien ne sera réalisé sans mon autorisation spécifique.
- je peux me retirer de ce registre sur simple demande auprès de mon médecin, nommé ci-dessous.

**Identification de la patiente ou du patient :**

Nom d'usage : ..... Nom de jeune fille : .....  
 Prénom : ..... Commune de domicile (Dpt).....( \_ \_ )  
 Date de naissance ..... Commune de naissance (Dpt): ..... ( \_ \_ )  
 Date : ..... Signature :

**Médecin en charge de votre suivi pour la LAM :**

Nom : Dr/Pr..... Prénom : .....  
 Adresse de consultation : .....  
 Commune : ..... Code postal : .....  
 Date : ..... Signature :

**Cadre réservé au Personnel du Registre :**

**N° d'enregistrement :**



**Registre de la Lymphangioliomyomatose en France**  
**Consentement destiné aux patient(e)s**

Un exemplaire dûment rempli par la patiente ou le patient doit être retourné par courrier, fax ou mail selon convenance aux coordonnées ci-dessous :

*Pr Vincent Cottin*

*Service de Pneumologie, Hôpital Louis Pradel  
28 avenue Doyen Lépine, 69677 Lyon (Bron) cedex*

*fax : 04 72 35 76 53*

*mail : [registre.lam@gmail.com](mailto:registre.lam@gmail.com)*

Je soussigné(e),....., né(e) le .....

reconnais avoir été informé(e) par le Docteur ..... de l'existence du Registre de la Lymphangioliomyomatose en France et **donne mon consentement pour être inclus(e)**.

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet acte.

En particulier, je suis averti(e) que:

- les données permettant de m'identifier seront archivées seulement sous format papier, conservées dans un lieu sécurisé et associées à un numéro d'identification anonyme afin de garantir leur confidentialité.
- le pneumologue en charge de mon suivi sera contacté pour renseigner les données médicales concernant le diagnostic de ma maladie.
- ces données médicales anonymes feront l'objet d'un traitement informatique à l'échelle nationale et internationale en s'intégrant au Registre Américain LAM Treatment Alliance.
- cette déclaration au registre ne modifie en rien ma prise en charge par mon pneumologue référent, mais celui-ci peut me solliciter ultérieurement pour participer à d'autres études. Dans ce cas, rien ne sera réalisé sans mon autorisation spécifique.
- je peux me retirer de ce registre sur simple demande auprès de mon médecin, nommé ci-dessous.

**Identification de la patiente ou du patient :**

Nom d'usage : ..... Nom de jeune fille : .....  
 Prénom : ..... Commune de domicile (Dpt).....( \_ \_ )  
 Date de naissance ..... Commune de naissance (Dpt): ..... ( \_ \_ )  
 Date : ..... Signature :

**Médecin en charge de votre suivi pour la LAM :**

Nom : Dr/Pr..... Prénom : .....  
 Adresse de consultation : .....  
 Commune : ..... Code postal : .....  
 Date : ..... Signature :