

Déclaration de consentement



Par la présente, j'accepte qu'un échantillon de sang soit prélevé au bout de mon doigt afin de mesurer mon taux d'anticorps contre des allergènes.

Je prends acte du fait que les valeurs des mesures peuvent être recueillies pour faire l'objet d'une analyse scientifique. J'ai la garantie que ces valeurs et les analyses qui en seront faites ne permettront pas d'établir de lien avec moi en tant qu'individu.

Les valeurs mesurées sont données à titre indicatif et ne remplacent pas une consultation médicale.

Nom _____ Prénom _____

Date _____ Signature _____

Signature de la personne investie de l'autorité parentale pour les adolescents jusqu'à 18 ans.

Ce formulaire est conservé par la pharmacie.