Les chirurgiens qui effectuent des interventions sur les hémorroïdes symptomatiques enregistrent des informations sur la nature et les résultats de chaque intervention.

Les informations sont saisies dans le Registre Anolift, qui est stocké sur un serveur sécurisé situé au Royaume-Uni. Le Registre doit collecter votre date de naissance afin qu’on puisse transmettre des informations de suivi dans un deuxième temps et pour permettre aux professionnels de santé de mesurer et d'évaluer les résultats chirurgicaux à long terme.

Vos informations seront stockées dans un environnement sécurisé et ne seront disponibles que pour le personnel autorisé. Le Registre est conforme aux règles strictes de confidentialité définies par le UK Data Protection Act 2018, ainsi que le UK General Data Protection Regulation (2018).

Les données peuvent être partagées à des fins de recherche, mais seulement après les avoir rendues anonymes (les personnes ne peuvent pas être identifiées).

Nous avons besoin de votre autorisation pour sauvegarder des informations qui peuvent vous identifier (y compris la date de naissance et la date de l’intervention). Ces données seront utilisées pour s'assurer que les données post-opératoires soient correctement reliées entre elles. Les réglementations récentes précisent que pour enregistrer vos données, votre autorisation écrite est nécessaire.

Nous espérons que vous acceptiez la saisie de vos données médicales dans ce Registre. Nous vous demandons de bien vouloir cocher les cases appropriées ci-dessous pour indiquer votre consentement, ou non, à la saisie de vos informations personnelles et signer ce formulaire.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Je** **comprends :**

**Les déclarations ci-dessus et je confirme que j'ai eu l’occasion de poser mes questions et que j'ai reçu des réponses satisfaisantes.**

**Que ma participation est volontaire et que je suis libre de me retirer à tout moment, sans donner de raison, et sans que mes soins médicaux ou mes droits légaux en soient affectés.**

**Je consens à ce que mon spécialiste entre dans le Registre Anolift des informations qui peuvent m'identifier à des fins de suivi et d'amélioration des soins aux patients. Oui [ ] Non [ ]**

**J'accepte de fournir mon adresse e-mail dans le but de recevoir des e-mails me demandant comment fonctionne mon traitement. Oui [ ] Non [ ]**

**Mon adresse e-mail est** ………………………………………………………………………..

Signature du patient/de la patiente ....................................................... Date .................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

À remplir par la Personne qui donne son consentement : Je confirme avoir discuté de la collecte d'informations personnelles et de leur stockage sur le registre Anolift.

Signature du praticien …………………………………………………. Date…………………