



## NOTICE D'INFORMATION SUR UN PROJET DE RECHERCHE

### Étude épidémiologique rétrospective de l'incidence des événements cardiovasculaires lors des courses de montagne

Madame, Monsieur,

Cette fiche vous informe d'un projet de recherche, planifié ou en cours, organisé par deux étudiantes en médecine et le service Explorations fonctionnelles CardioRespiratoires (EFCR) du CHU Grenoble Alpes et Dokever. **Nous vous remercions d'avance d'en prendre connaissance.**

#### DESCRIPTIF DE L'ETUDE

Cette recherche consiste à étudier les caractéristiques pour chaque événement cardio vasculaire et de les comparer entre les courses sur route et le trail.

#### BENEFICES, CONTRAINTES ET RISQUES

Ce projet utilisera les données du dossier médical de patients pris en charge par Dokever, pour faire progresser les connaissances et les pratiques médicales. Seules des données normalement acquises dans le cadre d'une prise en charge seront utilisées.

#### CONFIDENTIALITE DES DONNEES

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de données personnelles va être mis en œuvre. Les données que nous prévoyons de collecter sont les suivantes :

- Âge, sexe, poids
- Antécédents médicaux et familiaux
- Traitements médicamenteux
- Facteurs de risque cardio vasculaire: tabagisme, consommation d'alcool, exercice physique, IMC
- Symptômes avant l'évènement
- Paramètres physiologiques: pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, température
- Examens para-cliniques : ECG, imagerie, coronarographie, bilan biologique, dextro.
- Données environnementales : exposition aux polluants, pollen et températures, chronométrage et altitude.

#### VOS DROITS

Vous disposez de droits d'accès et de rectification, d'opposition et d'un droit de réclamation à une autorité de contrôle (CNIL).

#### QUE DEVEZ-VOUS FAIRE ?

- Si vous ne vous opposez pas à l'utilisation des données de votre dossier médical, vous devez remplir l'autorisation si jointe. Si vous souhaitez vous opposer à l'utilisation de vos données pour ce projet, vous pouvez :
  - Nous en parler directement par mail : [recherche.chuga@logicoss.com](mailto:recherche.chuga@logicoss.com)
  - Contacter le responsable de l'étude ou le délégué à la protection des données (voir ci-dessous).

#### VOS CONTACTS

**Pour exercer vos droits, ou pour toute question à ce sujet :**

- Vous pouvez nous contacter par mail : [recherche.chuga@logicoss.com](mailto:recherche.chuga@logicoss.com)
- Une demande peut aussi être envoyée par courrier à CHU Grenoble Alpes, Délégué à la Protection des Données, CS 10217, 38043 GRENOBLE Cedex 09



**Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter le responsable ci-dessous :**

<b>Investigateur responsable de l'étude :</b>  <b>Coordonnées :</b> CHU Grenoble Alpes, Clinique Universitaire de Physiologie, Pôle Thorax et Vaisseaux CS10217 CHU, 38043 GRENOBLE Cedex 09	<b>Organisme responsable du traitement des données :</b> CHU Grenoble Alpes <b>Coordonnées :</b> CHU Grenoble Alpes - DRCI Pavillon Dauphiné – Rez-de-chaussée CS 10217 38043 GRENOBLE Cedex 9 Tel : 04 76 76 59 57
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Déclaration de consentement concernant l'accès au dossier médical suite à votre prise en charge lors de votre course

Après avoir pris connaissance des informations contenues dans la lettre ci jointe et reçu les explications que vous souhaitez, consentez vous à l'utilisation des données de votre dossier médical à des fins de recherche ?

Oui     non

- Par votre signature, vous confirmez avoir lu la lettre ci jointe avec les informations détaillées et déclarez vous sentir suffisamment informé(e)
- Vous savez que vous pouvez retirer votre consentement à tout moment sans fournir de justification
- Vous savez que vos données sont protégés

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Sexe:

Lieu, date:

Signature du patient:

### Formulaire à renvoyer à :

CHU Grenoble Alpes, Délégué à la Protection des Données  
CS 10217, 38043 GRENOBLE Cedex 09

Ou en version par email à [recherche.chuga@logicoss.com](mailto:recherche.chuga@logicoss.com)