

**Formulaire d’information et de consentement**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet de recherche :** | Information à compléter |
| **Chercheur responsable du projet**  **de recherche :** | Information à compléter |
| **Co-chercheur :** | Information à compléter |
| **Membre du personnel de recherche :** | Information à compléter |
| **Organisme subventionnaire :** | Information à compléter |
| **Établissement participant :** | * Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de l’Île-de-Montréal. CCSMTL – IUGM * Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du xx (CIUSSS xx) * Centre intégré de santé et de services sociaux du xx (CISSS xx) |

**1. Introduction (Clause standardisée)**

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d’accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d’information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n’est pas clair.

**2. Nature et objectifs du projet de recherche**

Information à compléter

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter xx participants, hommes et femmes, âgés de x à y.

**3. Déroulement du projet de recherche**

**3.1 Lieu de réalisation du projet de recherche, durée et nombre de visites**

Ce projet de recherche se déroulera à l’IUGM. Votre participation à ce projet durera xx mois et comprendra xx visites.

**3.2 Nature de la participation**

Information à compléter.

**4. Découverte fortuite (Clause standardisée)**

Bien qu’ils ne fassent pas l’objet d’une évaluation médicale formelle, les résultats de tous les tests, examens et procédures réalisés dans le cadre de ce projet de recherche peuvent mettre en évidence des problèmes jusque-là ignorés, c’est ce que l’on appelle une découverte fortuite. C’est pourquoi, en présence d’une particularité, le chercheur responsable du projet vous appellera pour assurer un suivi.

**5. Avantages associés au projet de recherche (Clause standardisée)**

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l’assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l’avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

**6. Inconvénients associés au projet de recherche**

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche et le déplacement, vous pourriez également ...

**7. Risques associés au projet de recherche**

Information à compléter, si applicable.

**8. Participation volontaire et possibilité de retrait (Clause légale type standardisée)**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d’y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n’importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n’aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les équipes qui les dispensent.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie ou l’organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n’est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s’il existe des raisons administratives d’abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l’information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l’intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

**9. Confidentialité (Clause légale type standardisée)**

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations contenues dans vos dossiers médicaux concernant votre état de santé passé et présent, vos habitudes de vie ainsi que les résultats de tous les tests, examens et procédures qui seront réalisés. Votre dossier peut aussi comprendre d’autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Pour assurer votre sécurité, une copie du formulaire d'information et de consentement sera versée dans votre dossier médical. Par conséquent, toute personne ou compagnie à qui vous donnerez accès à votre dossier médical aura accès à ces informations.

Les données de recherche codées pourront être transmises par le chercheur responsable à xx. Cependant, le chercheur responsable et les personnes à qui il transmettra les données de recherche sont tenus de respecter les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada, et ce, quels que soient les pays.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins xx ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l’objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par des organismes réglementaires ainsi que par des représentants de l'organisme subventionnaire, de l’établissement ou du Comité d'éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Par ailleurs, l’accès à certaines informations avant la fin de l’étude pourrait impliquer que vous soyez retiré du projet afin d’en préserver l’intégrité.

**10. Utilisation secondaire des données de recherche (Clause standardisée)**

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées par le chercheur responsable pour réaliser d’autres projets de recherche soit dans le domaine de la neuroscience du vieillissement ou dans le domaine de la promotion de la santé, des soins et des interventions.

Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par le Comité d’éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie avant leur réalisation. De plus, le Comité en assurera le suivi. Vos données de recherche seront conservées de façon sécuritaire sur des serveurs informatiques du Centre de recherche de l’IUGM. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code.

Vos données de recherche seront conservées aussi longtemps qu'elles peuvent avoir une utilité pour l’avancement des connaissances scientifiques. Lorsqu’elles n’auront plus d’utilité, vos données de recherche seront détruites. Par ailleurs, notez qu’en tout temps, vous pouvez demander la non-utilisation de vos données de recherche en vous adressant au chercheur responsable de ce projet de recherche.

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées à ces conditions? **□ Oui □ Non**

**11. Participation à des études ultérieures (Clause standardisée)**

Acceptez-vous que le chercheur responsable de ce projet de recherche ou un membre de son personnel de recherche reprenne contact avec vous pour vous proposer de participer à d’autres projets de recherche? Bien sûr, lors de cet appel, vous serez libre d’accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche proposés.

**Oui Non**

**12. Possibilité de commercialisation (Clause standardisée)**

Les résultats de la recherche découlant notamment de votre participation pourraient mener à la création de produits commerciaux et générer des profits. Cependant, vous ne pourrez en retirer aucun avantage financier.

**13. Financement du projet de recherche (Clause standardisée)**

Le chercheur responsable de ce projet de recherche a reçu un financement de l’organisme subventionnaire pour mener à bien ce projet de recherche.

**14. Compensation (Clause légale type standardisée)**

En guise de compensation pour les frais encourus en raison de votre participation au projet de recherche, vous recevrez un montant de xx dollars par visite pour un total de xx dollars. Si vous vous retirez du projet ou si on met fin à votre participation avant qu’elle ne soit complétée, la compensation sera proportionnelle à la durée de votre participation.

**15. En cas de préjudice (Clause légale type standardisée)**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

**16.** **Procédures en cas d’urgence médicale (Clause standardisée)**

Veuillez noter que l’IUGM n’est pas un centre hospitalier de soins de courte durée qui offre des services d’urgence et qui compte sur la présence sur place d’un médecin 24 heures sur 24. Par conséquent, advenant une condition médicale qui nécessiterait des soins immédiats, les premiers soins vous seront dispensés par le personnel en place et des dispositions seront prises afin de vous transférer, si nécessaire, aux urgences d’un hôpital avoisinant.

**17. Identification des personnes-ressources (Clause légale type standardisée)**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche ou avec une personne de l’équipe de recherche au numéro suivant 514 xxx.xxxx, poste xxx.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal, au 514.593.3600.

**18. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche (Clause légale type standardisée)**

Le Comité d’éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie a approuvé le projet de recherche et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez joindre le Comité, par téléphone au 514.527.9565, poste 3223 ou par courriel à l'adresse suivante: [karima.bekhiti.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:karima.bekhiti.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)

**Consentement.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet de recherche :** | Information à compléter |

1. **Consentement du participant (Clause légale type standardisée)**

J’ai pris connaissance du formulaire d’information et de consentement. On m’a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d’information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m’a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

J’autorise l’équipe de recherche à avoir accès à mon dossier médical.

J’autorise le chercheur responsable de ce projet de recherche ou son équipe à informer mon médecin traitant de ma participation à ce projet et à lui transmettre toute information pertinente :

Oui

Non

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Nom et signature du participant Date

1. **Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur** **responsable du projet de recherche (Clause légale type standardisée)**

J’ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d’information et de consentement et j’ai répondu aux questions qu’il m’a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement Date

1. **Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche (Clause légale type standardisée)**

Je certifie qu’on a expliqué au participant le présent formulaire d’information et de consentement, que l’on a répondu aux questions qu'il avait.

Je m’engage, avec l’équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d’information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable de ce projet de recherche Date