

**Formulaire d’information et de consentement**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet de recherche :** | Information à compléter |
| **Médecin responsable du projet**  **de recherche :** | Information à compléter |
| **Co-chercheur :** | Information à compléter |
| **Numéro de protocole :** | Information à compléter |
| **Commanditaire :** | 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 médecin 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

Le médicament à l'étude n’a pas encore été approuvé pour la commercialisation, ni par Santé Canada, ni par la FDA aux États-Unis, ni par les organismes de réglementation dans les autres pays, mais il est autorisé par Santé Canada pour ce projet de recherche.

Comme il s’agit d’un projet de recherche, vous aurez accès au médicament à l'étude uniquement pendant la réalisation de ce projet.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter, à l'échelle mondiale, xx participants, hommes et femmes, âgés de x à y. De ces xx participants, nous recruterons xx participants à l’IUGM.

**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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Visite | Période | Lieu | Durée | Quand |
| V1 | Détermination de l’admissibilité. | Clinique | Environ xx minutes. | Première visite. |
|  | Période de qualification. |  | Environ xx minutes. |  |
|  | Période de traitement. |  | Environ xx minutes. |  |
|  | Période de traitement. |  | Environ xx minutes. |  |
|  | Période de traitement. |  | Environ xx minutes. |  |
|  | Période de suivi. |  | Environ xx minutes. |  |

**3.2 Médicament à l’étude (Clause standardisée)**

En participant à ce projet de recherche, vous serez réparti dans l’un des groupes suivants :

* Groupe 1 : xx
* Groupe 2 : xx

Le placebo utilisé dans ce projet de recherche ressemble en tout point au médicament à l’étude, mais ses composants ne renferment aucun médicament actif. Nous utilisons un placebo pour comparer et nous assurer que les changements à votre santé, bons ou mauvais, que vous nous signalez ne sont pas dus uniquement au hasard. Soulignons que tout au long de ce formulaire d’information et de consentement, l’expression « médicament à l’étude » renvoie soit au médicament à l’étude soit au placebo.

Ce projet de recherche est également randomisé, ce qui signifie que vous serez réparti dans l’un ou l’autre des groupes de traitement. Votre affectation à l’un ou à l’autre de ces groupes de traitement relève du hasard, vous ne pourrez donc pas choisir votre groupe. Ainsi, 1 personne sur x (x %) recevra le médicament à l’étude et 1 personne sur x (x %) recevra le placebo.

Ce projet de recherche est également mené à double insu, ce qui signifie que ni vous, ni le médecin responsable de ce projet de recherche, ni les membres de son personnel de recherche ne saurez quel médicament vous recevrez durant le projet. Cependant, soulignons qu’en cas d’urgence, le médecin responsable de ce projet de recherche pourra obtenir cette information.

**3.3 Vigilance et habitudes**

Nous vous demandons, pendant toute la durée de votre participation à ce projet de continuer à xx.

**3.4 Administration du médicament à l'étude.**

Le médicament à l’étude est administré par xx.

**3.5 Administration de médicaments de secours.**

Nous vous demanderons de cesser de prendre les médicaments contre xx que vous prenez actuellement. Le médecin responsable du projet vous donnera une trousse de médicaments que vous devrez utiliser pour soulager vos symptômes pendant toute la durée de votre participation au projet. Le médecin responsable du projet vous expliquera comment utiliser ces médicaments et vous fournira des instructions écrites.

Si vous trouvez que les médicaments fournis dans cette trousse ne vous donnent pas un niveau confortable de soulagement de vos symptômes, vous devez en discuter avec le médecin responsable de ce projet afin qu'il puisse, si possible, vous offrir d'autres médicaments.

Lorsque vous aurez besoin de prendre ces médicaments de secours, vous devrez saisir cette information dans le journal en format papier ou en format électronique.

**3.6 Médicaments interdits.**

Durant votre participation à ce projet, xx.

**3.7 Journal à compléter.**

Nous vous donnerons également un journal en format papier ou en format électronique à rapporter à la maison. Une xx de minutes par jour environ seront nécessaires pour remplir ce journal. À chaque jour pendant l'étude, vous devrez consigner les renseignements suivants :

* xx

**3.8 Examens et procédures**

Durant votre participation à ce projet de recherche, le médecin responsable de ce projet de recherche ou un membre de son personnel de recherche effectueront les examens et analyses suivants :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Examens et procédures** | | **Visites** |
|  | Nous passerons en revue avec vous les critères d’inclusion et d’exclusion du projet pour nous assurer que vous pouvez participer à ce projet. En effet, il se peut que vous ne puissiez participer à ce projet pour diverses raisons. Le médecin responsable du projet discutera avec vous de ces points et abordera les raisons pour lesquelles vous ne pouvez être admissible. | 1, |
|  | Nous recueillerons les informations démographiques suivantes : l'âge, la date de naissance, le sexe, l'origine ethnique, xx. | 1, |
|  | Nous vous questionnerons sur vos antécédents médicaux et nous vous poserons des questions sur votre santé. | 1, |
|  | Nous vous demanderons de répondre à un questionnaire portant sur xx. |  |
|  | Nous vous demanderons de répondre à des questionnaires. Ces questionnaires visent à évaluer la mémoire, l'attention, le raisonnement, xx. |  |
|  | Nous vous poserons des questions sur votre consommation d’alcool et de tabac. |  |
|  | Nous effectuerons un examen physique complet. |  |
|  | Nous réaliserons un examen de la gorge et du nez. |  |
|  | Nous mesurerons la taille. |  |
|  | Nous prendrons le poids. |  |
|  | Nous mesurerons le tour de taille. |  |
|  | Nous vous poserons des questions sur votre régime alimentaire et nous vous demanderons de le maintenir tout au long de votre participation à ce projet. |  |
|  | Nous prendrons les signes vitaux suivants : température, fréquence cardiaque, tension artérielle, fréquence respiratoire. |  |
|  | Nous réaliserons un électrocardiogramme (ECG). Un ECG est un enregistrement de l’activité électrique du cœur. Ce test s’effectue en plaçant des timbres adhésifs reliés à des fils électriques sur la peau de la poitrine, des bras et des jambes. |  |
|  | Nous réaliserons un test de la fonction pulmonaire (appelé « spirométrie ») pour mesurer votre capacité d'expiration. Si vous prenez des médicaments contre l'asthme, nous vous demanderons de ne pas les prendre au cours des quatre heures précédant ce test. |  |
|  | Nous réaliserons un test de la fonction pulmonaire (appelé « débit expiratoire de pointe ») pour mesurer votre force d’expiration maximale. Si vous prenez des médicaments contre l'asthme, nous vous demanderons de ne pas les prendre au cours des quatre heures précédant ce test. |  |
|  | Nous réaliserons un test de réversibilité, soit une spirométrie avant et après la prise d’un bronchodilatateur (Ventolin) pour confirmer votre degré d’asthme. |  |
|  | Nous réaliserons un test d’allergie cutané afin de vérifier la présence d’allergie à xx ainsi qu’à d'autres allergies courantes : acariens, moisissures, graminées, mélanges d'arbres, squames de chien et d'autres animaux et pollens. |  |
|  | Nous effectuerons un test d'épaisseur de lʼintima média carotidienne (cIMT) par échographie. Le test de cIMT est une mesure de l’épaisseur de la paroi de l’artère carotide, un vaisseau sanguin situé dans le cou. Pour ce faire, nous placerons doucement un petit détecteur portatif sur le côté du cou, en vue de produire des images du vaisseau sanguin à l’aide d’ondes sonores (un appareil à ultrasons). |  |
|  | Nous vous demanderons de répondre à des questionnaires. Ces questionnaires visent à évaluer la mémoire, l'attention et le raisonnement, xx. |  |
|  | Nous prélèverons un échantillon de sang de xx ml par visite pour un total d'environ xx ml pour l'ensemble de la durée du projet, et ce, pour réaliser des analyses de laboratoire. |  |
|  | Nous prélèverons un échantillon de xx ml pour réaliser un test de grossesse. |  |
|  | Nous recueillerons un échantillon d'urine pour réaliser un test de grossesse. |  |
|  | Nous vous questionnerons sur les médicaments que vous avez pris dans le passé ou que vous prenez actuellement, y compris les produits naturels et les remèdes à base d’herbes médicinales. Nous vous demanderons de toujours consulter le médecin responsable du projet avant de prendre un nouveau médicament ou avant de changer de médicament. |  |
|  | Nous vous questionnerons sur votre santé et nous vous demanderons si vous avez ressenti des effets secondaires depuis votre dernière visite. |  |
|  | Nous vous administrerons sur place le médicament à l'étude. Par la suite, vous devrez rester à la clinique pendant xx minutes afin de nous assurer que tout va bien après l'administration du médicament à l'étude. |  |
|  | Nous vous remettrons le médicament à l’étude et nous vous expliquerons comment l’utiliser. |  |
|  | Nous vous remettrons les médicaments de secours. |  |
|  | Nous vous fournirons les directives sur l'utilisation de xx. |  |
|  | Nous vous remettrons l’auto-injecteur d’épinéphrine (Épipen) et le plan d’urgence en cas de réactions anaphylactiques. |  |
|  | Nous vous remettrons un plan d’action à suivre en cas de réaction d’anaphylaxie et nous vérifierons à nouveau avec vous, lors de certaines visites, les consignes de ce plan d’action. |  |
|  | Nous vous remettrons le journal en format papier ou en format électronique. Vous devrez le compléter, comme il se doit, et vous devrez le rapporter à la prochaine visite. |  |
|  | Vous devrez rapporter chaque boîte du médicament à l’étude, et ce, que la boîte soit ou non utilisée. |  |
|  | Nous ferons le décompte des quantités utilisées et non utilisées du médicament à l'étude et nous vous questionnerons afin de vérifier si vous avez pris, comme nous l'avons indiqué, le médicament à l’étude. |  |
|  | Nous vous contacterons par téléphone pour assurer un suivi. |  |
|  | Nous vous remettrons une carte d'identification. Cette carte d'identification indique que vous participez à un projet de recherche impliquant un médicament en développement et inclut les coordonnées du médecin responsable du projet. Vous devrez présenter cette carte si vous consultez un professionnel de la santé. Une fois votre participation terminée, nous reprendrons cette carte. |  |
|  | Etc. |  |

**3.9 Prélèvement et utilisation des échantillons sanguins**

Information à compléter, s’il y a lieu

**4. Collaboration du participant au projet de recherche**

En participant à ce projet, vous devrez :

* Suivre les instructions que vous donnera le médecin responsable de ce projet et les membres de son personnel de recherche.
* Vous présentez à tous les rendez-vous. Si vous ne pouvez être présent à l’un des rendez-vous, vous devez communiquer avec le médecin responsable ou avec un membre de son personnel pour fixer un autre rendez-vous.
* Indiquer au médecin responsable du projet tous les médicaments que vous avez pris dans le passé ou que vous prenez actuellement, y compris les produits naturels et les remèdes à base d’herbes médicinales. Nous vous rappelons que vous devez toujours consulter le médecin responsable du projet avant de prendre un nouveau médicament ou avant de changer de médicament.

**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. Risques associés au projet de recherche (Clause standardisée)**

Le médicament à l’étude est un médicament en développement dont tous les malaises, les effets secondaires et les risques possibles ne sont pas encore tous connus. Nous sollicitons donc votre collaboration, non seulement pendant les prochaines semaines de votre participation à ce projet, mais aussi à court, moyen et à long terme.

Ainsi, si vous constatez un effet secondaire, quel qu’il soit, au cours de ce projet, vous devez immédiatement avertir le médecin responsable de ce projet de recherche, que vous croyiez ou non que cet effet soit en lien avec le médicament à l’étude. Également, vous devez informer votre médecin, votre dentiste et votre pharmacien que vous participez ou avez participé à ce projet. Cette information est importante si vous devez subir une intervention chirurgicale ou dentaire ou si vous recevez un traitement pour toute autre maladie. De plus, nous vous demandons de signaler, même des années plus tard, au médecin qui vous suivra que vous avez reçu ce médicament en développement.

Le médecin responsable de ce projet de recherche et les membres de son personnel de recherche répondront aux questions que vous pourriez avoir à ce sujet. De plus, à chaque visite, le médecin responsable de ce projet de recherche et les membres de son personnel de recherche vous poseront des questions au sujet de tous les effets secondaires que vous auriez pu avoir.

Vous trouverez ci-après la liste des effets secondaires et à quelle fréquence ces effets secondaires se sont manifestés chez xx personnes âgées de x à y qui ont reçu le médicament à l’étude.

**6.1 Risques associés au médicament à l’étude** (Information à compléter.)

**6.2 Risques associés aux autres médicaments** (Information à compléter, s’il y a lieu.)

**6.3 Risques associés aux procédures de l’étude** (Information à compléter, s’il y a lieu.)

**7. Risques associés à la grossesse (Clause standardisée)**

La participation à ce projet de recherche peut comporter des risques, connus ou non, pour les femmes enceintes, les enfants à naître ou encore ceux allaités au sein. C’est pourquoi les femmes enceintes ou qui allaitent ne peuvent participer à ce projet.

Les femmes susceptibles de devenir enceintes doivent subir un test de grossesse avant le début de leur participation au projet. Ce test de grossesse sera refait à la visite xx. De plus, si elles sont sexuellement actives, elles doivent absolument utiliser une méthode contraceptive acceptable du point de vue médical tout au long de leur participation au projet de recherche et également xx semaines après la fin de leur participation à ce projet de recherche.

Les méthodes contraceptives acceptables du point de vue médical sont les contraceptifs oraux, les implants hormonaux, les timbres hormonaux, le stérilet, le diaphragme avec spermicide, la cape cervicale avec spermicide, le condom avec spermicide.

À chaque visite, le médecin responsable de ce projet de recherche ou un membre de son personnel de recherche vérifiera votre méthode contraceptive utilisée afin de s’assurer qu’elle est acceptable du point de vue médical.

Si vous pensez être devenue enceinte durant votre participation à ce projet, vous devez le signaler immédiatement au médecin responsable de ce projet de recherche afin de discuter avec lui des différentes options.

**8. Autres traitements possibles (Clause standardisée)**

Vous n’êtes pas obligé de participer à ce projet de recherche. En effet, il existe d’autres traitements. Nous vous invitons à parler au médecin responsable de ce projet de recherche des divers traitements offerts.

**9. 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 médecin responsable de ce projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie ou le commanditaire 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.

Cependant, avant de vous retirer de ce projet de recherche, nous vous suggérons à des fins de sécurité de revenir une dernière fois pour une évaluation finale.

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.

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

Durant votre participation à ce projet de recherche, le médecin 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 médecin 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.

Le médecin responsable de ce projet de recherche fera parvenir, au commanditaire ou à ses représentants, les données codées vous concernant.

Les données de recherche codées pourront être transmises par le commanditaire à ses partenaires commerciaux. Cependant, le commanditaire et ses partenaires à l’étranger 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 25 ans par le médecin responsable de ce projet de recherche et le commanditaire.

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 et de mise en marché du médicament à l’étude, vos dossiers médicaux et votre dossier de recherche pourront être consultés par une personne mandatée par des organismes réglementaires, au Canada ou à l’étranger, tel que Santé Canada, ainsi que par des représentants du commanditaire, 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.

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

Acceptez-vous que le médecin 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 médecin responsable de ce projet de recherche a reçu un financement du commanditaire 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 par suite de l’administration du médicament à l'étude ou de toute procédure reliée à ce 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 médecin responsable de ce projet de recherche, le commanditaire 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 médecin responsable de ce projet de recherche ou avec une personne de l’équipe de recherche au numéro suivant 514.xxx.xxxx, poste xxx.

En cas d’urgence, veuillez contacter le Dr xx, au numéro suivant : xx ou vous rendre aux urgences de l’hôpital le plus proche.

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. Inscription au registre d'études cliniques « ClinicalTrials.gov ». (Clause standardisée)**

Une description de ce projet de recherche sera présentée sur http://www.ClinicalTrials.gov, comme l'exige la loi américaine. Ce site Web ne comprendra aucun renseignement permettant de vous identifier. Le site Web ne présentera tout au plus qu'un résumé des résultats. Vous pouvez effectuer des recherches dans ce site Web en tout temps.

Veuillez noter que ce site Web est uniquement disponible en anglais. Par ailleurs, vous trouverez l'information en insérant le numéro d'étude suivant: xx

**19. 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.

Le type de projet auquel on me demande de participer exige généralement, suite à la partie active du traitement, un suivi tout au long de ma vie. Il arrive par contre qu’au fil du temps, on perde contact avec certains participants. Pour assurer la validité de la recherche, il est important qu’on puisse connaître la date et la cause, dans l'éventualité d'un décès. Le fait de signer ce formulaire d'information et de consentement autorise le ministère de la Santé et des Services sociaux à communiquer au médecin responsable de ce projet ces renseignements personnels, lorsque nécessaire.

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

J’autorise le médecin responsable de ce projet de recherche 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 médecin 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 médecin 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 médecin responsable de ce projet de recherche Date