

Participant

Formulaire

Consentement



#	Déclarations (lire svp)	Participant (initiales ou empreinte dans chaque casier)
1	J'ai lu/j'ai lu la fiche d'information du patient pour l'étude ci-dessus (datée du __/__/____, version ____) et j'ai eu l'occasion d'examiner les informations et de poser des questions	
2	Je comprends que ma participation à cette étude est volontaire et que je peux me retirer à tout moment sans donner de raison. Je comprends que le retrait n'affectera pas mes soins médicaux futurs	
3	J'autorise les chercheurs à consulter mon dossier médical pour obtenir des informations sur mes soins et à me contacter dans le cadre de cette étude de recherche.	
4	Je donne mon consentement explicite et éclairé pour que les données soient traitées dans le cadre de cette étude de recherche. Je suis heureux que les informations me concernant liées à l'étude soient stockées sur des systèmes informatiques protégés par mot de passe dans mon hôpital et également à l'Université de Birmingham en Angleterre. Cela sera sauvegardé dans un endroit séparé pour garder mes informations en sécurité.	
5	Je consens à participer à cette étude de recherche après avoir été pleinement informé des risques, des avantages et des alternatives	

Nom du participant	Nom du Principal Investigateur/Personne nommée pour obtenir le consentement
Signature (ou empreinte) du participant	Je, soussigné, ai pris le temps d'expliquer pleinement au patient ci-dessus la nature et le but de cette étude d'une manière qu'il (ou elle) puisse comprendre. J'ai expliqué les risques encourus ainsi que les avantages possibles. Je l'ai invité à poser des questions sur tout aspect de l'étude.
	Signature du chercheur
Date du formulaire signé par le participant __/__/____	Date de signature du formulaire __/__/____