Déclaration de consentement à la participation à l’étude : XYZ

J’ai été informé-e par le/la responsable du test soussigné-e, par oral et par écrit, des buts et du déroulement de l’étude, des effets que celle-ci est susceptible d’avoir, des possibles avantages et inconvénients ainsi que des éventuels risques qui pourraient en résulter.

J’ai lu et compris les informations écrites qui m’ont été fournies quant à l’étude mentionnée ci-dessus. Il a été répondu de manière satisfaisante à mes questions en lien avec la participation à cette étude. Je peux garder les informations écrites et reçois une copie de la présente déclaration de consentement.

J’ai disposé de suffisamment de temps pour prendre la décision de participer à l’étude.

Je sais que mes données personnelles ne seront utilisées que sous une forme anonymisée ou pseudonymisée. DESCRIPTION DES CONDITIONS ET DES DÉLAIS POUR DEMANDER LA SUPPRESSION DES DONNÉES (CF. INSTRUCTIONS POUR LA DEMANDE).

J’accepte que les membres de la commission d’éthique compétente consultent mes données originales à des fins de contrôle et de vérification, mais dans le strict respect de la confidentialité.

Je participe volontairement à cette étude. Je peux, à tout moment et sans avoir à en justifier les raisons, révoquer mon consentement à participer, sans qu’il n’en résulte aucun préjudice pour moi.

Dans l’intérêt de ma santé, le ou la responsable du test peut m’exclure de l’étude à tout moment.

Prénom et nom (en caractères d‘imprimerie) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lieu date signature

Nom du / de la responsable du test (en caractères d’imprimerie) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du / de la responsable du test : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_