

Consentement de participation à une étude de recherché

Nom: _____	_____
N° de dossier medical: _____	Date de naissance: _____

Vous ou votre enfant êtes invité à participer à une étude de recherche. Une étude de recherche permet à des scientifiques (médecins, infirmiers et autres professionnels) de tenter de comprendre certains modes de fonctionnement et d'acquies de nouvelles connaissances. Une étude de recherche peut porter sur le fonctionnement du corps humain, les causes de maladies, la façon de traiter maladies, ou l'avis et les sentiments des individus vis-à-vis de certaines choses.

Avant que vous ne décidiez de participer ou de laisser votre enfant participer à cette étude de recherche, l'investigateur doit vous informer (i) des objectifs de l'étude de recherche, des activités (ou interventions) qui auront lieu et de la durée de la recherche; (ii) de toute intervention expérimentale (faisant l'objet du test); (iii) de tout risque, inconfort ou avantage possible lié à la recherche; (iv) de toute autre intervention ou de tout autre traitement potentiellement bénéfique; et (v) du maintien de la confidentialité de vos informations.

Le cas échéant, l'investigateur doit aussi vous informer (i) de tout paiement ou traitement médical disponible dans le cas d'une blessure ou d'un dommage; (ii) de la possibilité de l'existence de risques inconnus; (iii) des situations quand l'investigateur peut interrompre votre participation; (iv) de tous frais supplémentaires à votre charge; (v) des conséquences si vous décidez d'interrompre votre participation; (vi) lorsque vous serez informé de nouvelles découvertes qui peuvent influencer votre volonté de continuer votre participation; et (vii) combien de personnes seront à l'étude.

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous devrez recevoir une copie signée de ce document ainsi qu'une copie en anglais du formulaire de consentement approuvé pour cette étude.

Vous pouvez contacter _____ au _____ à tout moment si vous avez des questions concernant l'étude ou de savoir quoi faire si vous êtes blessé.

Vous pouvez contacter le Comité d'éthique indépendant au (323) 361-2265 si vous avez des questions relatives à vos droits en tant que sujet de l'étude.

Votre participation à cette étude est volontaire (votre propre choix) et vous ne serez pas pénalisé et ne perdrez aucun de vos avantages si vous refusez de participer ou décidez d'interrompre votre participation.

En signant ce document, vous indiquez que l'étude de recherche, y compris les informations ci-dessus, a été décrite oralement à vous, et que vous acceptez volontairement de participer.

Signature du participant

Date

Signature du père/mère/représentant légal

Date

Short Form – French (version 2/20/14)
(This form should be accompanied by
the IRB approved consent document)



Signature du père/mère/représentant légal

Date

Nom/signature du témoin

Date

The witness's signature serves to attest that he/she provided the interpreting services and assisted with conveying explanation and questions and answers in the language spoken by the subject or the subject's parent/legal guardian.