# Consentement à la participation à une étude de recherche

|  |  |
| --- | --- |
| Titre de l’étude | [titre de l’étude] |
| Investigateur principal | [nom complet de l’IP] |
| Nom du promoteur | [nom complet du promoteur] |
| Période d’approbation du comité d’éthique indépendant (Institutional Review Board, IRB) | [période d’approbation de l’IRB mm/jj/aaaa – mm/jj/aaaa] |
| Numéro de recherche | [Study#] |

Vous avez été invité(e) à prendre part à une étude de recherche. On vous a parlé de l’étude de recherche décrite ci-dessus dans votre langue : le français.

Les informations suivantes vous ont été expliquées :

* Pourquoi l’étude est menée et ce que vous avez à faire durant l’étude
* Quelle partie de l’étude constitue la recherche, et quelle sera la durée de votre participation à l’étude
* Tous les risques, avantages ou gênes associés à cette recherche, pour vous ou pour les autres
* Les autres traitements que vous pouvez recevoir si vous ne participez pas à l’étude
* Qui peut consulter le dossier de l’étude vous concernant
* Comment le dossier de l’étude vous concernant sera conservé de façon à rester confidentiel

Si vous êtes blessé(e) au cours de votre participation à l’étude, vous recevrez les soins et traitements médicaux nécessaires de la part de NYU Langone Health. Cependant, vous devrez payer pour ce traitement médical, soit directement, soit par le biais de votre assurance maladie et/ou d’autres formes de couverture médicale. Vous ne recevrez aucune rémunération.

Si vous avez des questions concernant l’étude, ses effets secondaires ou une blessure causée par la recherche, vous pouvez appeler [nom de la personne ou du service], l’investigateur principal, au [numéro de téléphone].

Si vous avez besoin de soins en urgence, vous pouvez appeler le 911 ou vous rendre au service des urgences.

Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que sujet d’une étude de recherche, vous pouvez contacter le bureau du Comité d’éthique indépendant (IRB) au 212-263-4110. L’IRB est un comité qui contrôle la recherche au sein de cette institution.

Il vous sera remis une copie signée de ce formulaire de consentement. Vous recevrez également un résumé écrit concernant la recherche et une version en anglais de ce consentement.

La participation à cette étude est volontaire. Vous pouvez changer d’avis concernant votre participation à tout moment, sans que cela n’affecte les soins que vous recevrez à l’avenir dans cette institution.

La signature de ce formulaire signifie que la recherche vous a été décrite oralement, notamment les informations ci-dessus, et que vous acceptez de participer à l’étude de votre plein gré.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sujet** | **(nom en caractères d’imprimerie)** | **Date** |  |
| Signature |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Témoin/Traducteur** | **(nom en caractères d’imprimerie)** | **Date** |  |
| Signature |  |