

Consentement éclairé – formulaire abrégé
Informed Consent – Short Form – OHR-8S (French)
Version Date – FOR OHR USE: 11/4/2019

Investigateur principal :
 (Principal Investigator)

Téléphone :
 (Telephone)

Nous vous demandons si vous souhaitez participer à une étude de recherche. Avant de prendre votre décision, vous devrez connaître les informations suivantes :

- Le titre de l'étude
- Ce qui en fait une étude de recherche et en quoi elle diffère des soins médicaux standard
- L'objectif de cette recherche
- Pendant combien de temps vous serez dans l'étude
- Quelles procédures seront effectuées, y compris celles qui sont expérimentales
- Les risques possibles (y compris les risques pour la reproduction) et les avantages possibles
- Les alternatives à la participation
- Quels prélèvements et informations médicales peuvent être recueillis et comment ils seront utilisés et partagés
- Comment votre confidentialité sera protégée
- L'indemnité et le traitement qui seront disponibles pour toute blessure possible liée à la recherche (si le risque est plus que minimal)
- Les coordonnées de contact
- Votre participation volontaire – vous pouvez choisir de ne pas participer ou d'arrêter plus tard sans pénalité

Le cas échéant, vous devrez connaître les informations suivantes :

- Les risques imprévisibles pour le sujet (y compris les risques pour la reproduction)
- La possibilité que l'étude se termine plus tôt sans votre consentement et les procédures dans ce cas
- Le coût et le paiement (s'il y a lieu)
- Être informé de tout résultat de test ou d'étude et de toute nouvelle information qui pourraient influencer votre volonté de continuer à participer
- Le nombre de participants à cette étude

| Pour des questions sur : | Personne ou bureau | Coordonnées |
|---|--|--|
| Cette étude et les questions médicales y ayant trait, y compris le traitement et l'indemnité | Investigateur principal : (Principal Investigator) | Numéro de téléphone : (Phone Number) |
| | Investigateur : (Investigator) | Numéro de téléphone : (Phone Number) |
| Si vous devez communiquer avec quelqu'un d'autre que le personnel de l'étude au sujet d'une préoccupation ou de vos droits en tant que sujet de recherche | Personnel indépendant de l'étude (Non-Study Personnel) (Note: These are Jefferson IRB numbers. Use numbers for other impartial parties as necessary.) | 215-503-0203 215-503-8966 215-955-4239 |

C'est à vous de choisir de participer. Vous pouvez choisir de ne pas participer ou d'arrêter plus tard sans pénalité. Si vous acceptez de participer, vous devez signer ce formulaire. Vous recevrez une copie de ce formulaire et le formulaire d'information. En signant ce formulaire, vous confirmez que les renseignements ci-dessus vous ont été expliqués, que toutes vos questions ont reçu une réponse satisfaisante et que vous acceptez de votre plein gré de participer à cette étude de recherche.

 Nom du participant en caractères d'imprimerie
 (Printed Name of Participant)

 Signature du participant
 (Signature of Participant)

 Date
 (Date)

 Nom du témoin en caractères d'imprimerie
 (Printed Name of Witness)

 Signature du témoin
 (Signature of Witness)

 Date
 (Date)