

**Consentement  
RECHERCHE, SUJETS NE PARLANT PAS ANGLAIS -  
FORMULAIRE COURT**  
Page 1/2

Patient Name

DOB

MRN

Physician

FIN

**CONSETEMENT DE PARTICIPATION À UNE ÉTUDE DE RECHERCHE**

Titre de l'étude \_\_\_\_\_

Investigateur principal \_\_\_\_\_

N° du CPP \_\_\_\_\_

Le pronom « Vous » est utilisé pour vous désigner ou désigner votre enfant ou une personne agissant dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

On vous demande de participer à une étude de recherche.

Avant que vous n'acceptiez, le ou les chercheurs vous parleront :

- (1) De la raison pour laquelle ils font l'étude
- (2) De la durée de l'étude
- (3) De toutes les interventions que vous subirez
- (4) Des interventions qui sont expérimentales
- (5) De tous les risques ou inconforts qui leur sont connus
- (6) De tous les bénéfices (les bonnes choses) que l'étude vous apportera et apportera aux autres
- (7) De toutes les interventions ou de tous les traitements que vous pourriez essayer à la place de l'étude
- (8) De la manière dont ils assureront la confidentialité des informations recueillies.

Le cas échéant, les chercheurs vous parleront aussi :

- (1) Des plans de paiement et/ou des traitements médicaux si vous êtes blessé(e) au cours de l'étude
- (2) Des risques qui existent mais dont ils n'ont pas connaissance
- (3) Du fait que le chercheur principal peut vous enlever de l'étude même si vous voulez y rester
- (4) Des frais supplémentaires entraînés par votre participation à l'étude
- (5) De toute nouvelle information pouvant vous faire changer d'avis quant à votre participation à l'étude
- (6) Du nombre de participants à l'étude
- (7) Des personnes qui utiliseront et se partageront vos informations
- (8) De ce qui se passera si vous arrêtez de participer à l'étude
- (9) Des sous-études optionnelles
- (10) Des plans pour utiliser ou partager les informations concernant votre santé.

Si vous avez des questions sur vos droits en tant que participant volontaire à une étude, ou si vous êtes mécontent(e) à n'importe quel moment de l'étude, appelez le Comité de protection des personnes (CPP) Spectrum Health au 616 486-2031. Vous n'êtes pas obligé(e) de donner votre nom. Vous pouvez aussi appeler le Dr \_\_\_\_\_ (médecin responsable de l'étude) au \_\_\_\_\_ (numéro du cabinet) en tout temps si vous avez des questions sur l'étude ou si vous pensez vous êtes blessé(e) au cours de l'étude.

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

**SUITE PAGE 2 →**

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE



**RECHERCHE, SUJETS NE PARLANT PAS ANGLAIS -  
FORMULAIRE COURT  
(SUITE)**

Page 2/2

Patient Name

DOB

MRN

Physician

FIN

**CONSENTEMENT DE PARTICIPATION À UNE ÉTUDE DE RECHERCHE (SUITE)**

La participation à cette étude est volontaire. Vous avez le droit de refuser de vous porter volontaire pour l'étude. Vous ne serez pas pénalisé(e) et ne perdrez aucun des bénéfices auxquels vous avez droit. Vous avez le droit de retirer votre consentement et d'arrêter votre participation à l'étude en tout temps. Vous continuerez de recevoir tous les bénéfices auxquels vous avez droit en tant que patient.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous donnerons une copie signée de ce formulaire. Nous vous remettrons aussi une copie de la version anglaise du consentement.

**DÉCLARATION DU SUJET OU DU REPRÉSENTANT LÉGALEMENT AUTORISÉ**

J'accepte de participer à cette étude de recherche et les informations ci-dessus m'ont été expliquées oralement dans ma langue ; j'accepte de plein gré de participer à cette étude de recherche.

DATE

Signature du sujet ou du représentant légalement autorisé

Nom (en majuscules) du sujet ou du représentant légalement autorisé

**DÉCLARATION DE L'INTERPRÈTE**

Je déclare avoir, au mieux de mes capacités, interprété de manière précise, de et vers la langue du participant (sujet de l'étude) dont la langue maternelle est le (préciser la langue), \_\_\_\_\_ tout ce qui a été dit au cours de la discussion concernant le consentement éclairé.

HEURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_ Signature de l'interprète \_\_\_\_\_

Nom de l'interprète (en majuscules) \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DU TÉMOIN PRÉSENT LORS DE L'INTERPRÉTATION**

Je déclare que j'étais présent(e) durant toute la discussion concernant le consentement éclairé et que, au mieux de mes capacités, tout ce qui a été dit au cours de cette discussion a été interprété de manière précise par l'interprète assigné(e) par Spectrum Health, de et vers la langue du participant (sujet de l'étude) dont la langue maternelle est le (préciser la langue) \_\_\_\_\_.

DATE

Signature du témoin présent lors de l'interprétation

Nom en majuscules du témoin présent lors de l'interprétation

**NOTE:** Reference the English version of the informed consent form to see documentation of "person obtaining consent".