

[logo\_de\_l'hôpital]



## FORMULAIRE DE DÉCLARATION POUR LA PERSONNE CONSULTÉE

Version 2.4 27 juillet 2020

Enquêteur principal local : [nom\_de\_l'enquêteur\_local]

Enquêteur en chef : Dr JK Baillie, Université d'Édimbourg

[joindre\_code\_barre]

- J'ai lu la fiche d'information (v2.4 27 juillet 2020) de cette étude (ou on me l'a lue). Je l'ai comprise et j'ai eu l'occasion de poser des questions
- À mon avis, le patient n'aurait aucune objection à fournir un échantillon d'ADN et à ce que cet échantillon soit analysé pour rechercher les facteurs génétiques importants dans les maladies graves.
- Je peux retirer le patient de l'étude à tout moment sans donner de raison.
- Il est possible que cette recherche aboutisse à des résultats pertinents pour le patient. Il existe un processus par lequel le patient peut en être informé.
- L'ADN du patient et les données dérivées de son ADN, notamment la séquence complète de son génome, peuvent être stockés et utilisés pour des recherches futures. Les chercheurs peuvent être des scientifiques nationaux ou internationaux, des entreprises et du personnel du NHS. Pour accéder aux données, les chercheurs doivent tous être approuvés par un comité d'experts indépendants, comprenant des cliniciens, des scientifiques et des patients. Les assureurs personnels et les sociétés de marketing n'auront pas accès à ces données.
- Différents éléments des données sur la santé du patient seront recueillis par les chercheurs de GenOMICC, le sponsor de l'étude (NHS Lothian et l'Université d'Édimbourg) et des organisations partenaires, dont Genomics England.
- J'accepte que les chercheurs de cette étude puissent contacter le patient à l'avenir pour participer à de futures études de recherche, notamment des essais cliniques et des études sans rapport avec une maladie grave.

Je confirme que je suis le consultant de \_\_\_\_\_

**Veillez signer ici pour indiquer que vous êtes d'accord avec les déclarations ci-dessus :**

\_\_\_\_\_  
Nom imprimé de la personne qui donne son  
consentement

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Nom imprimé de la personne qui donne son  
consentement

\_\_\_\_\_  
Signature du consultant

Date :  
\_\_\_\_\_

Date :  
\_\_\_\_\_

[logo\_de\_l'hôpital]



***Si le participant ne peut pas lire le formulaire :***

Je n'ai pas participé à cette étude et j'atteste que les informations concernant cette recherche ont été expliquées avec précision au participant dans une langue qu'il peut comprendre et que le consentement éclairé a été donné librement par la personne consultée.

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

Date :

\_\_\_\_\_

L'original doit être conservé dans le dossier du site. Un exemplaire est à remettre à la personne consultée.