

*(Ce formulaire doit être accompagné de la Déclaration des droits des patients des études de recherche et du document de consentement approuvé par l'IRB)*

## Consentement à participer à une étude de recherche

Nom du patient/de la patiente : \_\_\_\_\_ Numéro d'étude IRB : \_\_\_\_\_

Numéro du dossier médical / identifiant du patient/de la patiente : \_\_\_\_\_

On vous demande, à vous ou à votre enfant, de participer à une étude de recherche. Une étude de recherche montre comment des scientifiques (médecins, infirmières et autres professionnels) essaient de comprendre le fonctionnement des choses et d'acquérir de nouvelles connaissances. Une étude de recherche peut porter sur le fonctionnement du corps, les causes des maladies, la manière de les traiter ou ce que les gens pensent et ressentent à propos de certaines choses.

Avant de décider si vous ou votre enfant allez participer à cette étude de recherche, l'enquêteur doit vous communiquer (i) les informations clés qui vous aideront à comprendre les raisons pour lesquelles vous participez ou pas à la recherche ; (ii) les objectifs de l'étude, les activités qui auront lieu (appelées les procédures) et la durée de la recherche ; (iii) toute procédure expérimentale (en cours d'essai) ; (iv) les risques, désagréments et avantages potentiels de la recherche ; (v) toute autre procédure ou tout autre traitement potentiellement utile ; (vi) comment votre vie privée sera respectée ; (vii) si des informations personnelles identifiables ou des échantillons identifiables sont conservés pour des recherches futures ou partagés avec d'autres chercheurs sans consentement pour ces autres recherches.

Le cas échéant, l'enquêteur doit également vous informer (i) de tout paiement ou traitement médical disponible en cas de blessure ou de désagréments ; (ii) de la possibilité de risques inconnus ; (iii) des situations dans lesquelles l'enquêteur peut annuler votre participation ; (iv) de tout coût supplémentaire pour vous ; (v) de ce qu'il se passera si vous décidez d'arrêter de participer à l'étude ; (vi) de la date à laquelle vous serez informé(e) de nouveaux résultats qui pourraient affecter votre volonté de participer ; (vii) de combien de personnes participeront à l'étude ; (viii) du fait que vos échantillons biologiques puissent être utilisés à des fins commerciales et si vous participerez aux bénéfices commerciaux ; (ix) si la recherche comprend le séquençage du génome entier.

Si vous acceptez de participer, vous devez recevoir une copie signée de ce document et une copie du formulaire de consentement approuvé pour cette étude, rédigé en anglais.

Vous pouvez contacter \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ chaque fois que vous avez des questions sur la recherche ou sur les mesures à prendre en cas de blessure. Si vous avez des questions sur vos droits en tant que patient(e) dans la recherche, vous pouvez contacter le Comité d'éthique indépendant (Institutional Review Board, IRB) par téléphone au numéro 323-442-0114, par courriel à l'adresse [hrpp@usc.edu](mailto:hrpp@usc.edu) ou par courrier à l'adresse suivante :

USC Institutional Review Board (IRB)  
3720 South Flower Street  
CUB325 / MC0702  
Los Angeles, CA 90089-0702

Votre participation à cette recherche est volontaire (c'est vous qui décidez) et vous ne serez pas pénalisé(e) ou perdrez des avantages si vous refusez de participer ou si vous décidez d'arrêter.

Signer ce document signifie que l'étude de recherche, y compris les informations ci-dessus, vous a été expliquée oralement et que vous acceptez volontairement d'y participer.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant/de la participante

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant légalement autorisé

\_\_\_\_\_  
Date

Formulaire abrégé - français (04/04/2023)

*(Ce formulaire doit être accompagné de la  
Déclaration des droits des patients des études de recherche et du document de consentement approuvé par l'IRB)*

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

\_\_\_\_\_  
Date