

## DÉCLARATION DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

*En tenant compte de la 'Déclaration de Helsinki' de l'Association Médicale Mondiale (Helsinki 1964; Tokyo 1975; Venise 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 et Édimbourg 2000)*

**Désignation de l'étude :**

\_\_\_\_\_

**Moi, soussigné(e), (nom complet du patient ou volontaire sain)**

\_\_\_\_\_, je déclare avoir compris l'explication fournie au sujet de la participation à la recherche à réaliser et sur l'étude où je serai inclus. On m'a donné l'opportunité de poser les questions que j'ai jugées nécessaires et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.

J'ai pris connaissance du fait que, en conformité avec les recommandations de la Déclaration de Helsinki, les informations ou explications données étaient au sujet des objectifs et méthodes, et, si survient une situation de pratique clinique, les bénéfices prévus, les risques potentiels et l'éventuel inconfort. En outre, on m'a indiqué que j'ai le droit à tout moment de refuser ma participation à l'étude, sans que ce refus puisse avoir comme effet un quelconque préjudice personnel.

Par conséquent, j'accepte que la méthode ou le traitement proposés par le chercheur me soient appliqués le cas échéant.

Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

**Signature du patient ou du volontaire sain:** \_\_\_\_\_

Le chercheur responsable: **Nom:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_