



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT MyBiobank

**Chercheure: Dr Rachel Smith**

### CONFIRMATION DE LA COMPREHENSION DES INFORMATIONS FOURNIES

Je confirme que j'ai lu et compris l'information. J'ai eu l'occasion d'examiner les renseignements qu'il contient. Les risques et les avantages de ma participation ont été discutés avec moi. J'ai eu la chance de poser des questions. Ces questions ont été répondues à ma satisfaction.

Je comprends que ma participation est volontaire. Je suis libre de me retirer à tout moment, sans donner de raison, et sans porter atteinte à mes traitements médicaux actuels ou futurs.

### Je consens à:

- me soumettre à un examen physique, y compris:
  - Fournir des échantillons de sang.
  - Répondre à un questionnaire sur ma santé et mon mode de vie, ma famille et mon histoire médicale
  - Permettre aux employés d'effectuer des mesures cliniques de base.
- que mes données et mes échantillons soient conservés indéfiniment. Mes échantillons seront gardés en lieu sûr. Si la biobanque devait fermer, ils seront archivés.
- que mes informations personnelles (données) contenues dans les dossiers de santé administratifs puissent être examinées maintenant et dans l'avenir, même si je ne peux plus prendre des décisions pour moi-même, ou après ma mort.
- que mes informations personnelles, mes dossiers médicaux et mes échantillons anonymisés puissent être utilisés pour des fins de recherches autorisées par un comité d'éthique compétent.
- que MyBiobank me recontacte dans l'avenir pour m'inviter à un suivi d'enquête oui   non

### ACCÈS

Je comprends qu'à moins que l'accès soit requis par la loi ou une ordonnance du tribunal, uniquement les chercheurs autorisés auront accès à l'information et aux échantillons de la ressource / biobanque. L'accès à mes échantillons et mes données est soumis à l'approbation et à la supervision de l'éthique.

### RESULTATS

- Ma participation ne me fournira aucun avantage personnel direct, mais je comprends que les résultats généraux de la recherche soient disponibles.
- Je désire recevoir les résultats des mesures cliniques prises. oui   non

## **CONSENTEMENT À LA PARTICIPATION**

m'a expliqué le consentement à ma satisfaction. Je consens à participer et recevrais une copie de ce formulaire de consentement après ma signature.

## **INFORMATION SUR LE PARTICIPANT**

**Nom:**

**Signature:**

**Date:**

## **CONFIRMATION DU CHERCHEUR OU DE SON REPRÉSENTANT**

J'ai expliqué au participant le consentement incluant les conditions de participation. Toutes les questions ont été répondues. J'ai expliqué que la participation était libre et volontaire.

**Nom du chercheur ou de son représentant:**

**Signature:**

**Date:**

**Code d'enrôlement:**