

**Madame, Monsieur (Nom Prénom) :** .....

**Adresse** .....  
.....

**accepte de participer à l'étude intitulée**

« Figure ici l'appellation de l'étude concernée »

à laquelle m'a proposé de participer le Dr .....

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Ceci ne changera pas les relations avec mon médecin pour réaliser mon traitement. Si je le désire, je serai libre d'interrompre ma participation à cette étude à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui me seront prodigués.

J'ai lu la notice d'information jointe, et j'ai pu poser toutes les questions qui me paraissaient utiles pour la bonne compréhension de cette notice, et j'ai reçu des réponses claires et précises.

Mon consentement ne décharge pas le promoteur et les investigateurs de leurs obligations légales, et je conserve tous mes droits garantis.

J'ai bien compris que par ma participation à cette étude certaines caractéristiques de ma maladie vont être communiquées au médecin responsable de cette étude et qu'elles resteront strictement confidentielles et ne pourront être consultées que par lui-même et ses collaborateurs qui participent à l'étude.

A tout moment, je pourrais exercer mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par l'intermédiaire du Dr .....

J'ai été informé(e) que conformément à la réglementation sur les études cliniques, le Comité d'éthique du CHNDRF a donné un avis favorable à la réalisation de cette étude.

Date et Signature du Patient

Date et Signature du Médecin