

SurgWeek-2



NIHR Global Health Research Unit on
Global Surgery



NIHR | National Institute for
Health and Care Research



SurgWeek-2
Global Surgical Audit



GREENSURG



UNIVERSITY OF
BIRMINGHAM

SurgWeek-2

Une étude mondiale et collaborative évaluant le devenir des patients chirurgicaux

Formulaire de consentement

#	Déclaration (veuillez lire)	Participant (parapher ou apposer l'empreinte du pouce dans chaque case)
1	J'ai lu / on m'a lu la Fiche d'information au patient relative à l'étude susmentionnée (datée du JJ/MM/AAAA, version ____) et j'ai eu la possibilité d'examiner les informations et de poser des questions.	
2	Je comprends que ma participation à cette étude est volontaire et que je peux me retirer à tout moment, sans avoir à donner de raison. Je comprends que le fait de ne pas participer n'affectera pas mes soins médicaux futurs.	
3	J'autorise les chercheurs à consulter mon dossier médical afin d'obtenir des informations sur mes soins, ainsi qu'à me contacter dans le cadre de cette étude.	
4	Je donne mon consentement éclairé et explicite au traitement de mes données dans le cadre de cette étude. J'accepte que les informations me concernant en lien avec l'étude soient conservées sur des systèmes informatiques protégés par mot de passe dans mon hôpital ainsi qu'à l'Université de Birmingham, en Angleterre. Une sauvegarde sera réalisée dans un lieu distinct afin de préserver la sécurité de mes informations.	
5	Je consens à participer à cette étude après avoir été pleinement informé(e) des risques, des bénéfices et des alternatives.	

SurgWeek-2



UNIVERSITY OF
BIRMINGHAM

Nom du participant	Nom de l'investigateur principal / de la personne désignée recueillant le consentement
Signature (ou empreinte du pouce) du participant	Je, soussigné(e), ai pris le temps d'expliquer pleinement au patient susmentionné la nature et l'objectif de cette étude d'une manière qu'il puisse comprendre. J'ai expliqué les risques encourus ainsi que les bénéfices possibles. Je l'ai invité(e) à poser toutes les questions qu'il/elle pourrait avoir au sujet de l'étude.
	Signature du chercheur
Date de signature du formulaire (ou d'apposition de l'empreinte du pouce) par le participant JJ / MM / AAAA	Date de signature du formulaire par le chercheur JJ / MM / AAAA