

SurgWeek-2



NIHR Global Health Research Unit on
Global Surgery

NIHR | National Institute for
Health and Care Research



UNIVERSITY OF
BIRMINGHAM

SurgWeek-2

Une étude de cohorte mondiale et collaborative assurant le suivi du devenir des patients chirurgicaux
Formulaire de consentement (Parent / Représentant légal)

#	Déclaration (veuillez lire)	Parent / Représentant légal (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 la participation de mon enfant à cette étude est volontaire et que je peux le/la retirer à tout moment ,sans avoir à donner de raison. Je comprends que le fait de ne pas participer n'affectera ni les soins médicaux futurs ni les droits légaux de mon enfant.	
3	J'autorise les chercheurs à consulter le dossier médical de mon enfant afin d'obtenir des informations sur ses soins, ainsi qu'à me contacter dans le cadre de cette étude.	
4	Je donne mon consentement éclairé et explicite au traitement des données de mon enfant dans le cadre de cette étude. J'accepte que les informations concernant mon enfant en lien avec l'étude soient conservées sur des systèmes informatiques protégés par mot de passe dans votre hôpital ainsi qu'à l'Université de Birmingham, en Angleterre. Une sauvegarde sera réalisée dans un lieu distinct afin de préserver la sécurité des informations de mon enfant.	
5	Je consens à ce que mon enfant participe à cette étude après avoir été pleinement informé(e) des risques, des bénéfices et des alternatives.	

SurgWeek-2

Nom de l'enfant	Nom de l'investigateur principal / de la personne désignée recueillant le consentement
Nom du parent / représentant légal	Je, soussigné(e), ai pris le temps d'expliquer pleinement au parent/représentant légal 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.
Lien du parent / représentant légal avec l'enfant	
Signature (ou empreinte du pouce) du parent / représentant légal	
Signature (ou empreinte du pouce) de l'enfant (le cas échéant)	Signature du chercheur
Date de signature du formulaire (ou d'apposition de l'empreinte du pouce) par le parent / représentant légal JJ / MM / AAAA	Date de signature du formulaire par le chercheur JJ / MM / AAAA