

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AIDANT PRINCIPAL – Médecine de Ville

Cohorte prospective multicentrique d'aidants informels en Bourgogne-Franche-Comté

Je soussigné(e) (NOM, prénom de l'aidant)
accepte de participer au projet de Cohorte prospective multicentrique d'aidants informels en
Bourgogne-Franche-Comté.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par le Docteur
....., médecin généraliste.

J'ai lu et compris le contenu de la note d'information qui m'a été remise.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude
puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Mes
droits d'accès et de rectification s'exercent auprès du coordonnateur de l'étude : Dr Virginie
NERICH, MCU-PH, Pôle Pharmaceutique – UPC BIO, 3 Bd A. Fleming, 25030 Besançon.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire. Je suis libre d'accepter ou de
refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours
d'étude, sans en motiver les raisons.

Ma décision n'influencera pas la qualité des soins qui seront prodigués à mon proche.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs
responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

1/1

Si j'en fais expressément la demande écrite, je serai informé(e) des résultats globaux de
l'étude, à l'issue de celle-ci.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement
et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Je conserve un exemplaire de la note d'information et du présent formulaire de
consentement.

Fait à, le

Signature

Signature du Médecin généraliste attestant avoir pleinement expliqué à la personne
signataire le but et les modalités de l'étude

Fait à, le

Signature et tampon