

Confirmation écrite d'un médecin non associé au projet de recherche

Confirmation écrite pour le médecin non associé au projet de recherche, qui *n'est pas* impliqué dans le projet de recherche mentionné ci-après et qui défend les intérêts de la personne se prêtant à l'expérience (LRH art 30).

Données sur l'essai clinique

| | |
|---|--------------------|
| Titre du projet de recherche: | |
| Numéro du projet de recherche: | |
| Lieu où se déroule le projet de recherche : | |
| Nom et prénom du médecin investigateur responsable: | |
| Nom et prénom du/ de la participant-e: | |
| Date de naissance (facultatif): | sexe (facultatif): |

J'ai reçu et j'ai lu le résumé du protocole de l'essai clinique susmentionné.

J'atteste que les intérêts du/ de la participant-e sont respectés et que son suivi médical est garanti.

| | | |
|------------|---|---|
| Lieu, date | Nom, prénom et numéro de téléphone du médecin non associé au projet de recherche (en caractères d'imprimerie) | Signature du médecin non associé au projet de recherche |
|------------|---|---|

Par la présente, j'atteste avoir expliqué au médecin non associé au projet de recherche la nature, l'importance et la portée du projet. Si je devrai prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du projet, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement du/ de la participant-e à prendre part au projet de recherche, je m'engage à l'en informer immédiatement.

| | | |
|------------|--|--|
| Lieu, date | Nom, prénom et numéro de téléphone de l'investigateur responsable (en caractères d'imprimerie) | Signature de l'investigateur responsable |
|------------|--|--|