**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 recheche : |
| Nom et prénom du médecin investigateur responsable: |
| **Nom et prénom du/ de la participant·e:** |
| Date de naissance (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 |