

ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PATIENT

1. Je soussigné(e),

.....

déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'étude « Dans quelle(s) mesure(s) les croyances compensatoires sont-elles présentes dans un groupe de personnes en surpoids ou obèses en tentative de perte de poids ? »

.....

2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au patient. J'ai reçu une explication concernant la nature, les objectifs, la durée et les retombées concrètes de l'étude et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. Les risques et avantages éventuels de l'étude m'ont été expliqués. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions et de demander des informations supplémentaires sur l'étude; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance couvrant la responsabilité même sans faute conformément à l'article 29 de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.
4. Je sais que cette étude a été soumise à l'approbation de la Commission d'Éthique Biomédicale Hospitalo-Facultaire de l'UCL.
5. Je suis libre de participer ou non, de même que quitter l'étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage subséquent (futur) dans la continuité de ma prise en charge diététique et médicale.
6. J'accepte que les résultats de cette étude soient utilisés pour la réalisation d'un mémoire et de publications scientifiques. La mémorante s'engage à préserver l'anonymat des informations personnelles relatives aux participants et des données recueillies, ainsi que le respect du secret professionnel.
7. Je sais que les représentants du commanditaire, du Comité d'Éthique ou des autorités d'enregistrement peuvent souhaiter inspecter mes données médicales pour vérifier l'information recueillie.
8. En signant ce document, j'autorise cette inspection de mes données dans le respect de la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, de la loi belge du 22 août 2002 relative aux droits du patient et de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.
9. Je consens de mon plein gré à participer à cette étude.

Signature du volontaire/patient(e)

Date(jour/mois/année)

Je confirme que j'ai expliqué la nature, le but et les effets prévisibles de l'étude au volontaire/patient mentionné ci-dessus.

Le volontaire/patient confirme son accord de participation par sa signature personnellement datée.

Signature de la personne qui procure l'information

Date (jour/mois/année)

Nom en lettres capitales de la personne qui procure l'information