

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé

Information and Consent sheet

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PATIENT/PARTICIPANT

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),

.....
déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'étude examinant les mécanismes de lecture chez la personne sourde

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 participant. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'expérimentation et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'expérimentation ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.

3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.

4. Je sais que cette expérimentation a été soumise et approuvée par le Comité d'~~Ethique,~~
~~Hospita~~o-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain.

5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'expérimentation à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.

6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de

- la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et la réglementation européenne (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel RGPD du 25 mai 2018) en vigueur
- la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
- la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;

7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'expérimentation.]

8. Je consens de mon plein gré à participer à cette expérimentation.

05-02-2024

1

Patient(e) :

Nom du/de la patient(e) Prénom Signature Date
(jour/mois/année)

Personne qui procure l'information :

Je, soussignée médecin de recherche, confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au (à la) participant(e) mentionné(e) ci-dessus.

Nom Prénom Signature Date
(jour/mois/année)