**Formulaire de consentement pour publication de matériel**

**TITLE:** [*Le titre complet du projet de recherche doit être écrit ici*]

Le but de [projet] est de [*précisez pourquoi la recherche ou l’enseignement est réalisé en expliquant ses objectifs*].

J’ai lu la description ci-dessus et compris toutes les modalités ainsi que les implications à l’utilisation des données recueillies et des photographies. En me basant sur le contenu de ce formulaire, je donne mon consentement librement pour être photographié-e [inclure vidéo si pertinent] et pour que [insérer le nom complet] obtienne les informations suivantes de mon dossier clinique [nommer les informations à extraire]. [si pertinent, expliquez pourquoi l’utilisation d’images de mon visage ou de marques distinctives de mon corps devraient être publiées et adapter le texte de la 2e puce à la section suivante].

J’ai le droit de refuser de signer ce formulaire de consentement et ce refus n’aura aucune répercussion sur mes soins actuels et futurs.

Je ne recevrai pas de compensation financière pour l’utilisation du matériel partagé, maintenant et dans le futur.

En signant ce document:

* J’accepte que mes photos [si pertinent, inclure le sujet de(s) entrevues] et que les renseignements cliniques portant sur mon expérience de soins identifiés ci-haut OU concernant un membre de ma famille [retirez la description non pertinente] soient publiés dans une revue professionnelle [Et je déclare être le parent ou le tuteur légal du mineur nommé ci-dessus, et avoir l’autorité légale de signer ce formulaire de consentement en son nom] ou soient utilisés pour bâtir une histoire de cas.
* Je permets que des images de mon visage ou de marques distinctives de mon corps soient publiées et je reconnais que je pourrais donc être identifiable même si l’on ne publie pas mon nom et mes initiales.
* J’accepte que le matériel incluant la (les) photo(s) [et vidéo si pertinent] sera(ont) publié(s) dans le [insérer le nom complet XXX ], sur le site web [insérer le nom complet XXX]. Je comprends donc que le matériel peut être vu par le grand public.
* J’accepte qu’une partie ou tout le matériel qui sera utilisé pour rédiger mon histoire (étude de cas) puisse être aussi utilisé avec d’autres photographies, dessins, vidéos-clips et enregistrements sonores.
* Je comprends que mon nom et mes initiales ne seront pas utilisés et qu’aucune information divulguant mon identité ne sera communiquée ou publiée sans mon consentement explicite ni en dehors de leur contexte décrit dans ce document sauf si exigé par la loi. Tous les efforts seront faits pour dissimuler mon identité.
* Je comprends que je peux révoquer mon consentement en tout temps avant la publication. Toutefois, une fois que les renseignements seront « sous presse », il ne sera plus possible de révoquer mon consentement.
* [autre précision].

Les membres de l’équipe pour ce projet vont signer un formulaire d’engagement à la confidentialité, c’est-à-dire qu’ils s’engagent à ne pas discuter ou partager mes informations à personne, même à mon équipe de soins.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

**Consentement**

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consens qu’on utilise les données recueillies à l’étude de cas intitulée : « [insérer le titre complet] ». Je comprends qu’à l’exception du titre du projet, du journal et du site Web qui publiera l’histoire de cas, toutes les autres dispositions identifiées dans le formulaire de consentement que j’ai signé seront appliquées exactement comme elles y ont été décrites, notamment celles relatives à la confidentialité et à la protection de mes renseignements personnels.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du participant, de la participante Date

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent ou de son représentant légal Date

**Déclaration du responsable de l’obtention du consentement**

Je, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu’il ou qu’elle m’a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu’il ou qu’elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet décrit ci-dessus. Je m’engage à garantir le respect des objectifs de l’étude et à respecter la confidentialité.

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de ce projet, je peux m’adresser au Comité d’éthique de la recherche de l’Hôpital Montfort, au 745-A chemin Montréal à Ottawa Ontario ou par téléphone 613-746-4621, poste 2221 ou par courriel à ethique@montfort.on.ca.

Dans le cas où le participant ne peut pas lire le formulaire de consentement (non-voyant, etc.) ou qu’il n’est pas apte à consentir (enfant, troubles cognitifs, etc.), il est nécessaire d’ajouter un espace pour la signature d’un témoin ou d’un tiers autorisé. N.B. Ne pas inclure cette section si ceci ne s’applique pas à votre projet. Si nécessaire, vous référer l’EPTC 2 pour plus de détails au Chapitre 3, *le processus de consentement* (p. 29-48).