  

**Groupe d'étude RAPTOR-C19**

Nuffield Department of Primary Care Health Sciences Radcliffe Primary Care Building - University of Oxford Woodstock Rd

Oxford OX26GG

Enquêteur en chef : Professeur Richard Hobbs. E-mail : [RAPTOR@phc.ox.ac.uk](mailto:RAPTOR@phc.ox.ac.uk)

*Code d'étude : Code d'identification du site : Numéro d'identification du participant:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : Tests RAPid pour Covid-19 (RAPTOR-C19)**

*Nom du chercheur : Si vous êtes d'accord, veuillez parapher la case*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. J'ai lu et compris les informations sur l'étude et/ou je comprends les informations sur l'étude telles qu'elles m'ont été lues (version 1.0 du 01/06/2020). J'ai eu l'occasion de poser des questions  de poser des questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes. |  | |
| 2. Je comprends que la participation de mon enfant est volontaire et que je suis libre de le retirer à tout moment, sans devoir fournir de raison et sans que ses soins médicaux ou ses droits légaux n'en soient affectés. |  | |
| 3. J'accepte que mon enfant donne des échantillons pour cette recherche. Je considère ces échantillons comme un don à l'université d'Oxford et je comprends que ni mon enfant, ni moi n'obtiendrons d'avantages personnels directs  ni d'avantage financier grâce à ceux-ci. |  | |
| 4. J'accepte que l'équipe de recherche soit informée de l'existence des résultats du test de laboratoire COVID-19 de mon enfant  . |  | |
| 5. Je comprends que les sections pertinentes des notes médicales de mon enfant et les données collectées par l'équipe de l'étude peuvent être examinées par des personnes autorisées de l'Université d'Oxford,  des organismes du NHS et des observateurs de la gouvernance de la recherche. J'autorise ces personnes à accéder aux dossiers de recherche de mon enfant. |  | |
| 6. J'accepte que les informations détenues et conservées par Public Health England et NHS Digital  puissent être utilisées pour fournir des informations sur l'état de santé de mon enfant. |  | |
| 7. J'accepte que mon enfant participe à cette étude. |  | |
| Supplémentaire et facultatif |  | |
| 8. J'accepte d'être contacté au sujet d'études de recherche éthiquement approuvées pour lesquelles mon enfant pourrait être éligible. Je comprends que le fait d'accepter d'être contacté ne l'oblige à participer  à aucune toute étude future. | Oui | Non |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| *Nom de l'enfant* | *Nom du parent/tuteur* |  | *Date* |
|  |  |  |  |
| *Nom imprimé de la personne qui donne son consentement* | *Date* |  |  |

Cochez si le formulaire a été rempli verbalement et documenté par la personne qui donne son consentement

\*1 copie pour le participant ; 1 copie pour le dossier du chercheur du site ; 1 (original) à conserver dans les notes médicales.

Version/Date du formulaire de consentement parental : 1/lundi 1er juin 2020

Test communautaire rapide pour COVID-19 ID IRAS : 284320

Enquêteur en chef : Prof. Richard Hobbs Réf. Éthique :

Page 1 sur 1