  

**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 le 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  de poser des questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes. |  | |
| 2. Je comprends que ma participation est volontaire et que je suis libre de me retirer à tout moment, sans devoir fournir de raison et sans que mes soins médicaux ou mes droits légaux n'en soient affectés. |  | |
| 3. J'accepte de fournir des échantillons pour cette recherche. Je considère ces échantillons comme un don à l'université d'Oxford et je comprends que je ne tirerai aucun avantage personnel ou financier direct de  ceux-ci. |  | |
| 4. J'accepte que l'équipe de recherche soit informée des résultats du test du COVID-19 en laboratoire  . |  | |
| 5. Je comprends que les sections pertinentes de mes notes médicales et les données recueillies au cours de l'étude pourront être consultées par des personnes de l'université d'Oxford,  des organismes du NHS et des observateurs de la gouvernance de la recherche. J'autorise ces personnes à accéder à mes dossiers de recherche. |  | |
| 6. J'accepte que les informations détenues et conservées par Public Health England et NHS  Digital puissent être utilisées pour fournir des informations sur mon état de santé. |  | |
| 7. J'accepte de participer à l'étude susmentionnée. |  | |
| Supplémentaire et facultatif |  | |
| 8. J'accepte que mes échantillons anonymisés soient utilisés dans le cadre de recherches futures, ici ou à l'étranger, ayant reçu une approbation éthique. Je comprends que cette recherche peut impliquer des organisations commerciales. | Oui | Non |
|  |  |
| 9. J'accepte d'être contacté au sujet d'études de recherche éthiquement approuvées pour lesquelles je pourrais  être éligible. Je comprends que le fait d'accepter d'être contacté ne m'oblige pas à participer à d'autres études. | Oui | Non |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Nom du participant* | *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.

Formulaire de consentement (+16 ans) Version/Date : 1/lundi 1er juin 2020

Test communautaire rapide pour le COVID-19 ID IRAS : 284320

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

Page 1 sur 1