

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PROCHE PARTICIPANT

« COVID-Oise : Suivi longitudinal d'une cohorte populationnelle au sein d'une ville française ayant présenté une intense circulation du SARS-CoV-2 début 2020 »

- Je soussigné(e), Mme, Mr **accepte librement et volontairement que Mme, Mr** participe à la recherche intitulée COVID-Oise qui implique des prélèvements biologiques et un recueil de données au cours de 4 visites réparties sur 18 mois..
- J'ai reçu deux documents me donnant des informations sur la recherche, les données de mon proche et ses droits.
- L'investigateur m'a expliqué les objectifs et les procédures de l'étude. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions se rapportant à cette étude et j'ai disposé d'un temps suffisant pour prendre ma décision.
- J'ai été libre d'accepter tout comme de refuser que la personne que je représente participe à cette étude. Je peux à tout moment décider qu'elle n'y participe plus et retirer mon consentement sans avoir à me justifier. En cas de retrait de mon consentement, tous les échantillons ainsi que les données collectées pourront être détruits à ma demande.
- J'ai bien noté que le présent consentement ne décharge pas le promoteur et l'investigateur de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

• J'accepte la conservation et l'utilisation de ses échantillons et de ses données pour des études ultérieures sur le SARS-CoV-2 ou des infections virales.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• J'accepte l'utilisation de ses échantillons pour des recherches génétiques dans le cadre de cette étude ou des études ultérieures sur le SARS-CoV-2 ou des infections virales.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• J'accepte que ses données individuelles obtenues dans le cadre de la recherche puissent, après avoir été codées, être versées dans des bases de données et mises à la disposition de la communauté scientifique académique et industrielle, selon un processus très strict d'accès, au sein de l'union européenne et en dehors (pays assurant le même niveau de protection de la vie privée qu'en Europe).	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• J'accepte que ses échantillons et ses données associées, y compris génétiques, recueillis dans le cadre de cette étude puissent être conservés et partagés avec des partenaires académiques ou industriels, au sein de l'union européenne et en dehors (pays assurant le même niveau de protection de la vie privée qu'en Europe ou partenaires s'engageant à assurer ce haut niveau de protection)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• J'accepte d'être informé(e) des résultats incidents pouvant présenter un intérêt pour la santé de la personne que je représente et susceptibles de donner lieu à une conduite curative ou préventive.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• J'accepte la conservation de mes coordonnées afin d'être informé(e) de la possibilité de participer à des études ultérieures.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Signature du témoin	Signature de l'Investigateur : NOM		
	Information orale et envoi du formulaire de consentement au proche/ tuteur	Recueil de l'assentiment du participant (si applicable)	Réception du consentement signé
Date : Signature	Date : Signature	Date : Signature	Date : Signature

L'original de ce formulaire sera conservé par l'investigateur. Il vous est demandé de conserver la copie de ce document