

Formulaire de consentement

« Mise au point d'une batterie de tests audiolinguistiques pour le diagnostic de précision de la perte auditive liée à l'âge » - AUDIOGENAGE -

Promoteur : Institut Pasteur : 25-28 rue du Docteur Roux - 75724 Paris - +33 1 44 38 91 01

Je soussigné(e) _____ (Nom et prénom du participant),
accepte librement et volontairement de participer à l'étude AUDIOGENAGE et atteste que :

• **Concernant ma participation :**

- J'ai bien lu la notice d'information de l'étude AUDIOGENAGE que le personnel de l'étude a répondu de façon satisfaisante à toutes mes questions, et que j'ai bien compris les objectifs et les risques associés à l'étude.
- J'ai compris que ma participation à cette étude est libre, et que je peux refuser ou arrêter d'y participer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison.
- J'ai été informé(e) de la finalité, de l'utilisation et de la conservation de mes échantillons biologiques.
- Je certifie être affilié(e) à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime.

• **Concernant mes données :**

- J'ai compris que les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par l'Institut Pasteur ou par un tiers pour son compte.
- J'ai compris que je pourrai exercer mes droits auprès du médecin investigateur ou directement auprès de l'Institut Pasteur.

Cochez selon votre choix :

J'accepte qu'une analyse génétique soit réalisée sur mon échantillon de sang dans le cadre de cette recherche.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
J'accepte que les données et les échantillons collectés et générés par l'étude soient conservés pour la réalisation d'autres recherches portant sur l'audition.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
J'accepte d'être informé(e) des résultats de l'analyse génétique si des caractéristiques pouvant être responsables d'une affection sont détectées dès lors que des mesures de prévention ou de soins sont possibles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
PARTICIPANT	INVESTIGATEUR
Code sujet :	J'atteste avoir remis la note d'information, avoir expliqué les objectifs et les modalités de l'étude et avoir répondu aux questions.
NOM : _____ Prénom : _____ Fait le : _____ Signature :	NOM : _____ Prénom : _____ Fait le : _____ Signature :

Pour toute question relative à vos droits ou pour retirer votre participation, vous pouvez contacter l'investigateur de l'étude : Dr Paul Avan ☎ Téléphone : 01 76 53 50 94 @mail : paul.avan@uca.fr