

« Étude Observationnelle des Pathologies des voyageurs »
Sous-étude EOP-AMR / Sous-étude EOP-Arbo

Je soussigné(e), Mme, Mr..... **accepte librement et volontairement** de participer à une ou aux 2 sous-études de la recherche intitulée « Étude Observationnelle des Pathologies des voyageurs ».

- J'ai reçu un document me communiquant des informations sur la recherche, mes données et mes 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 cette étude. Je peux à tout moment décider de ne plus y participer et retirer mon consentement sans avoir à me justifier. En cas de retrait de mon consentement, tous les échantillons et les données collectés pourront être détruits à ma demande.
- J'ai compris que je peux demander à tout moment à une personne de confiance de m'aider dans ma prise de décision concernant ma participation à la recherche et/ou de m'accompagner aux visites.
- 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 de participer à la sous-étude EOP-AMR qui implique le recueil d'un échantillon de selles et de données au cours d'une ou de plusieurs visites avant mon départ en voyage et à mon retour.

J'accepte de participer à la sous-étude EOP-Arbo qui implique le recueil d'un échantillon sanguin avant mon départ en voyage et à mon retour.

Veillez cocher les cases correspondantes à la/les sous-étude(s) auxquelles vous participez :

J'accepte la conservation et l'utilisation de mes échantillons et données associées pour des études ultérieures en lien avec la/les sous-étude(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'accepte que mes échantillons biologiques et données associées 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 ma santé et susceptibles de donner lieu à une conduite curative ou préventive.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Signature du participant	Signature de l'investigateur
Date :	NOM :
Signature :	Date :
	Signature :

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