

DMCPRU  
Service de médecine de premier recours

**Formulaire de consentement pour les participants**

**Concerne:** projet « *Quelle place pour l'intégration d'outils visuels dans la pratique médicale quotidienne ?* »

Le médecin signataire m'a informé(e) oralement et par écrit des buts de l'étude portant sur l'exploration des possibilités d'intégration d'outils visuels en médecine.

J'ai lu et compris le formulaire d'information du 23.04.2017 de l'étude. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions concernant ma participation à cette étude. Je peux garder le formulaire d'information de l'étude et je reçois une copie de ma déclaration écrite de consentement.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir avant de prendre ma décision.

J'accepte le fait que les spécialistes responsables travaillant pour le promoteur de l'étude, les représentants des autorités et des commissions d'éthique aient un droit de regard sur les données originales me concernant pour procéder à des vérifications, ces informations restant toutefois strictement confidentielles.

Je participe de manière volontaire à cette étude. J'ai compris que je peux interrompre l'entretien à tout moment, si je le désire, sans avoir à donner de raisons. Je sais que les résultats analysés peuvent faire l'objet de publications scientifiques, mais que la confidentialité des données est assurée et que mon nom, ou toute information susceptible de m'identifier n'apparaîtront nulle part.

Je consens à participer à cette étude.

Date :	Nom du participant	Signature du participant
.....	.....	.....

Date :	Nom de l'investigateur principal	Signature de l'investigateur principal
.....	.....	.....