

Déclaration de consentement

Déclaration de consentement écrite pour la participation à un projet de recherche

- Veuillez lire attentivement ce formulaire.
- N'hésitez pas à poser des questions lorsque vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous souhaitez avoir des précisions.

Numéro BASEC du projet : (Après soumission à la commission d'éthique) :	
Titre de l'étude :	Evaluation de la qualité du sperme en Suisse
Institution responsable : Médecine Génétique et Développement	Centre Médical Universitaire 1, rue Michel Servet 1211 Genève 4
Lieu de réalisation du projet :	Suisse
Directeur	Professeur Serge NEF
Participant (nom et prénom en caractères d'imprimerie)
Date de naissance :/...../.....	N° AVS :
Adresse :	N° postal/Localité :
N°tel portable :	Médecin traitant :

Un seul choix svp

- Choix 1** : j'accepte de participer intégralement à l'étude
- Choix 2** : J'accepte de participer intégralement à l'étude, mais ne désire pas transmettre le questionnaire à ma mère.
- Choix 3** : J'accepte de renvoyer uniquement le(s) questionnaire (sans effectuer de prélèvement)
- Choix 4** : Je ne suis pas du tout intéressé par l'étude.

Si vous cocher le point 4, ne nous retournez ni questionnaires ni formulaires de consentement

Je désire être informé du résultat de mes analyses.

Oui Non

Je vous autorise à transmettre, le cas échéant, les résultats à mon médecin traitant.

Oui Non

Coordonnées de mon médecin :

Adresse :

N° téléphone

J'accepte que mes échantillons soient réutilisés ultérieurement.

Oui Non

J'accepte d'être éventuellement recontacté dans 10 ans pour répondre à des questions sur ma santé, ma situation familiale et des difficultés éventuelles de procréation.

Oui Non

- Je déclare avoir été informé, par le médecin responsable du projet soussigné, oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement du projet ainsi que des effets présumés, des avantages, des inconvénients possibles et des risques éventuels.
- Je prends part à cette étude de façon volontaire et j'accepte le contenu de la feuille d'information qui m'a été remise sur le projet précité. J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
- J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation au projet. Je conserve la feuille d'information.
- J'ai le droit d'informer mon médecin traitant de ma participation à l'étude.
- J'accepte que les spécialistes compétents de l'institution, du mandataire du projet, des Commissions d'éthique compétentes pour cette étude, puissent consulter mes données brutes afin de procéder à des contrôles, à condition toutefois qu'aucun lien puisse être établi avec mon identité.
- Je sais que mes données personnelles et échantillons biologiques peuvent être transmis sous une forme codée, à des fins de recherche médicale et, également à l'étranger.
- Si je devais bénéficier d'un traitement médical en dehors de l'institution responsable de ce projet, j'accepte que le médecin responsable du projet / la direction du projet contacte les médecins traitants afin d'obtenir mes données médicales pertinentes pour ce projet.
- Je peux, à tout moment et sans avoir à me justifier, révoquer mon consentement à participer à l'étude, sans que cela n'ait de répercussion défavorable sur la suite de ma prise en charge médicale usuelle. Je sais que les données médicales et le matériel biologique (échantillons de sang, etc.) qui ont été recueillis jusque-là seront cependant analysés.
- Je suis informé que la responsabilité civile du DDPS couvre les dommages éventuels que je pourrais subir uniquement lors des journées de recrutement et non en dehors.
- Je suis conscient que les obligations mentionnées dans la feuille d'information destinée aux participants doivent être respectées pendant toute la durée de l'étude. La direction de l'étude peut m'en exclure à tout moment dans l'intérêt de ma santé.

Lieu, date	Signature du participant
------------	--------------------------

Attestation du médecin investigateur :

Par la présente, j'atteste avoir expliqué au participant la nature, l'importance et la portée du projet. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec ce projet conformément au droit en vigueur. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du projet, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement du participant à prendre part au projet, je m'engage en l'en informer immédiatement.

Lieu, date	Signature du médecin responsable Dr. med. Eric Stettler
------------	--

Déclaration de consentement écrite pour la réutilisation de données (génétiques) et échantillons biologiques sous une forme codée

Participant

(nom et prénom en caractère d'imprimerie :

Date de naissance :

- J'accepte que mes données et mon matériel biologique provenant de ce projet, puissent être réutilisés à des fins de recherche médicale sous une forme codée. Cela signifie que les données et le matériel biologique seront conservés dans une bio banque et ultérieurement exploités pour une durée indéfinie dans le cadre de futurs projets de recherche.
- Je donne mon accord de façon volontaire et je peux à tout moment revenir sur ma décision. Si je reviens sur ma décision, mes données et mon matériel biologique seront détruits. Je dois simplement en informer le médecin responsable du projet / la direction du projet. Je n'ai pas à justifier ma décision.
- Je sais que mes données et mon matériel biologique sont conservés sous forme codée et que la liste d'identification est gardée dans un lieu sûr. Je sais que les données et matériel biologique peuvent être envoyés à des fins d'analyse à une autre bio banque située en Suisse ou à l'étranger, à condition qu'elle obéisse à des normes et exigences au moins équivalentes aux normes et exigences suisses. Toutes les dispositions légales relatives à la protection des données sont respectées.
- Généralement, les données et le matériel biologique sont exploités de manière globale et les résultats sont publiés de manière synthétique. Dans le cas où l'analyse des données révélait une découverte pertinente pour ma santé, le médecin du projet / la direction du projet me contactera. Si je ne souhaite pas en être informé, il m'incombe de l'annoncer au médecin responsable du projet / la direction du projet.
- Je renonce à tout droit d'exploitation commerciale sur le matériel biologique qui m'a été prélevé et sur mes données.

Lieu, date

Signature du participant

Attestation du médecin-investigateur :

Par la présente, j'atteste avoir expliqué au participant la nature, l'importance et la portée de la réutilisation de échantillons biologiques et/ ou des données génétiques.

Lieu, date

Dr. Med. Eric Stettler, médecin-responsable

Signature

Numéro d'étude



Talon à découper et garder afin de retenir votre numéro individuel garantissant votre anonymat.

Numéro d'étude