

Formulaire de consentement

Projet MÉTRECO

Mémoire de travail et théorie de consolidation/reconsolidation dans le processus de résorption de certains symptômes post-traumatiques

Lisez attentivement ce document et posez toutes les questions qui vous sembleront utiles. Vous pourrez alors décider si vous voulez participer à cette recherche ou non.

Titre de l'étude : Projet MÉTRECO

Nom du Promoteur : **Université de Lorraine**

Adresse du promoteur : 34 Cours Léopold, 54000 Nancy

Je soussigné(e),
(*prénom et nom complet en lettres capitales*) déclare avoir compris le but et les modalités de cette étude, qui m'ont été pleinement expliqués par

- J'ai reçu la lettre d'information spécifique que j'ai eu la possibilité d'étudier avec attention.
- Des réponses ont été apportées à toutes mes questions.
- J'ai disposé d'un délai de réflexion avant de prendre ma décision.
- J'accepte de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans la lettre d'information ci-jointe. Je demeure libre de quitter l'étude à tout moment sans que cela n'affecte la prise en charge médicale ultérieure. J'en informerai alors le Pr Cyril Tarquinio (cyril.tarquinio@univ-lorraine.fr), ainsi que la doctorante du projet, Sarah Lapcevic (sarah.lapcevic@univ-lorraine.fr).
- J'ai été informé(e) que, conformément à la réglementation sur les études cliniques, le Comité de Protection des Personnes Ile de France a rendu un avis favorable pour la réalisation de cette étude en date du 01/07/2024.
- J'ai également été informé(e) que, conformément à la loi en vigueur, le projet est couvert par l'assurance Responsabilité Civile souscrite par l'établissement auprès de la MAIF.
- Toutes les données me concernant, resteront confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par les personnes qui collaborent à la recherche, aux personnes chargées par le promoteur de contrôler la qualité de l'étude, ainsi que par un représentant des autorités de santé.
- J'accepte que des données personnelles me concernant, nécessaires à la recherche, soient recueillies durant ma participation à l'étude et fassent l'objet d'un traitement informatisé conformément aux dispositions indiquées dans la lettre d'information jointe.
- J'ai bien été informé(e) de la finalité du traitement (on m'a expliqué à quoi serviraient ces données) ainsi que des destinataires de ces données.
- J'ai bien noté qu'en application de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée du Règlement général sur la protection des données N°2016/679 (RGPD, je dispose de droits d'accès, rectification, opposition, effacement, limitation et portabilité de vos données. Je peux exercer ces droits à tout moment auprès du Pr Cyril Tarquinio (cyril.tarquinio@univ-lorraine.fr) ou du délégué à la protection des données : dpo-contact@univ-lorraine.fr.
- Je donne mon consentement pour participer à cette recherche.
- Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire à la doctorante du projet, Sarah Lapcevic (sarah.lapcevic@univ-lorraine.fr).

Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.
A l'issue de la recherche, je serai informé(e) des résultats globaux de cette recherche.

A REMPLIR PAR LE(LA) PARTICIPANT(E)	
Date :	
Signature du (de la) participant(e) :	

A REMPLIR PAR L'INVESTIGATEUR	
Je soussignée..... (nom en lettres capitales) confirme avoir pleinement expliqué au (à la) patient(e) le but et les modalités de cette étude ainsi que ses risques potentiels. Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, conciliant le respect des droits et des libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique. N° de téléphone de l'investigateur :	
Signature de l'investigateur :	Date :

Fait en deux exemplaires dont l'un sera conservé par l'investigateur et l'autre remis au (à la) participant(e).