**MODÈLE**

**Consentement verbal pour la recherche de contacts**

**Participation en personne de recherche**

**Date de la version: novembre 2022**

**Approbation du Comité d'éthique de la recherche de Bruyère**

Date d'approbation 23/fev/2023

**Sommaire**

Ce document contient des informations importantes concernant la participation à des études en personne à l'Institut de recherche Bruyère (IR Bruyère). Avant de donner votre approbation verbale à ce formulaire, veuillez poser toutes les questions que vous pourriez avoir, prendre tout le temps nécessaire et consulter d'autres personnes si vous le souhaitez.

**La recherche de contacts**

En cas de pandémie ou d’autres situations d’urgence de santé publique, il se pourrait que nous devions transmettre vos coordonnées à l’équipe responsable de la recherche de contacts de Bruyère ou à Santé publique d’Ottawa afin de soutenir les efforts de recherche des contacts. Ces informations ne seront communiquées que si cela s’avère nécessaire pour la santé et la sécurité publiques, et ne comprendront que vos nom, numéro de téléphone et adresse électronique. Nous ne divulguerons aucun renseignement au sujet de votre participation à l’étude de recherche et les données de recherche qui vous concernent ne seront en aucun cas accessibles à des personnes non autorisées, qu’elles soient de Bruyère ou de Santé publique Ottawa.

En acceptant de participer à cette étude, vous consentez à la transmission de renseignements lorsque nécessaire. Pour vous aider à mieux comprendre le contexte, voici les deux situations dans lesquelles cela pourrait se produire :

1. Pendant que vous participiez à une étude de recherche, vous avez été en contact avec une personne qui, peu de temps après, a su qu’elle était infectée par le virus de la COVID-19 ou par une autre maladie contagieuse grave pour laquelle Bruyère et Santé publique Ottawa exercent une surveillance, et on veut vous en informer.
2. Vous nous informez qu’il se peut que vous ayez été infecté par la COVID-19 ou par une autre maladie contagieuse grave alors que vous étiez en contact avec un membre de l’équipe de recherche ou avec une autre personne dans un établissement de soins de Bruyère. L’équipe de recherche des contacts de Bruyère voudra alors faire un suivi auprès de vous pour déterminer si elle doit informer d’autres personnes d’une possible exposition à la maladie.

Ces politiques/procédures ont été révisées et approuvées par l'Institut de recherche Bruyère et le Conseil d'éthique de la recherche de Soins continus Bruyère.

Si vous souhaitez obtenir de plus amples informations ou si vous avez des questions à propos des informations décrites ci-dessus, veuillez contacter [CONTACT DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE, NUMÉRO DE CONTACT, COURRIEL DE CONTACT].

**SIGNATURE DE LA PERSONNE OBTENANT LE CONSENTEMENT**

J'ai personnellement expliqué le formulaire de consentement au participant (nom du participant - en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, et à son partenaire d'étude (s'il y a lieu) (nom du partenaire d’étude - en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et répondu à toutes ses/leurs questions. Je pense qu'il/elle/ils/elles comprend/comprennent les informations décrites dans ce document et consent/ent librement à participer.

Je (nom de la personne obtenant le consentement) (en caractères d’imprimerie) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Consentement verbal confirmé par téléphone le (date : jj-mmm-aaaa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

à (heure : hh:mm) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_