

## Formulaire de Consentement

Vous pouvez également remplir ce formulaire en ligne à l'adresse ([www.AbCstudy.ca](http://www.AbCstudy.ca)) en utilisant votre code personnel sécurisé de **8 caractères** qui se trouve au bas de cette page (dans ce format AC\_-----). **Veillez ne pas partager votre code personnel à qui que ce soit.**

Titre de l'étude: **Action pour battre le coronavirus (Ab-C)**

Nom du participant: \_\_\_\_\_

En signant ce formulaire, je confirme :

- Que cette étude m'ait été expliquée et qu'on a répondu à mes questions de façon satisfaisante.
- Que je sais que j'ai le droit de ne pas participer et le droit de me retirer de cette étude à tout moment sans que cela n'affecte les soins médicaux reçus, mon emploi à ou toute autre relation avec Unity Health, maintenant ou dans le futur, pour moi-même ou les membres de ma famille.
- Que les risques et les avantages potentiels (si quelconque) de la participation à cette étude m'ont été expliqués.
- Qu'on m'ait dit que je n'ai pas renoncé à mes droits légaux ni libéré l'enquêteur, ou les institutions impliquées de leurs responsabilités légales et professionnelles.
- Que je sais que je peux poser, maintenant ou à l'avenir, toutes les questions que j'ai au sujet de cette étude.
- Qu'on m'ait dit que les informations me concernant et concernant ma participation à cette étude resteront confidentielles et qu'aucune information permettant de m'identifier personnellement ne sera divulguée sans mon autorisation, sauf si la loi l'exige.
- Que j'autorise l'enregistrement à long terme et l'utilisation de mes échantillons biologiques à des fins de recherche dans le domaine de la santé (même après mon incapacité ou mon décès).
- Que je comprends que l'on ne me fournira aucun résultat (sauf les résultats des anticorps si j'en fais le choix ci-dessous). Je comprends que les résultats des anticorps ne sont pas encore considérés comme définitifs.
- Qu'une copie datée de ce formulaire de consentement me sera remise en forme électronique ou physique.

J'autorise l'équipe de l'étude Ab-C à accéder aux informations démographiques et à propos de ma santé que j'ai fournies ou que je pourrais fournir à l'avenir lors de mon utilisation des services de santé au Canada et à accéder à toute autre information me concernant trouvée dans les bases de données actuelles et futures liées à la santé.

Veillez fournir le numéro de votre Carte d'assurance maladie provinciale (RAMQ) \_\_\_\_\_

**Ou**, je ne souhaite pas donner accès à mon numéro de carte d'assurance maladie provinciale (inscrivez vos initiales ici \_\_\_\_\_)

Souhaitez-vous que les résultats de vos anticorps, une fois testés, vous soient communiqués?

Oui, \_\_\_ je souhaite que les résultats me soient envoyés par courrier électronique sécurisé.

Veillez inscrire votre adresse électronique : \_\_\_\_\_

Non, \_\_\_ je ne veux pas que mes résultats me soient communiqués.

J'accepte de participer à cette étude.

\_\_\_\_\_  
Inscrivez votre nom ici

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date

**DÉCHIRER CE COIN ET GARDEZ-LE EN SÉCURITÉ AVEC VOUS.**  
**Vous aurez besoin de ce code pour accéder à vos résultats en ligne.**  
**Veillez ne pas partager ce code avec qui que ce soit. ->>>>**  
**Contact: 1-833-837-8222 (1- 833-TEST-ABC)**  
[AbCstudy@unityhealth.to](mailto:AbCstudy@unityhealth.to)

ATTACH PERSONAL CODE  
HERE