

## Confirmation écrite d'un médecin non associé au projet de recherche

---

Confirmation écrite pour le médecin non associé au projet de recherche, qui *n'est pas* impliqué dans le projet de recherche mentionné ci-après et qui défend les intérêts de la personne se prêtant à l'expérience (LRH art 30).

### Données sur l'essai clinique

Titre du projet de recherche:	
Numéro du projet de recherche:	
Lieu où se déroule le projet de recherche :	
Nom et prénom du médecin investigateur responsable:	
<b>Nom et prénom du/ de la participant-e:</b>	
Date de naissance (facultatif):	sexe (facultatif):

J'ai reçu et j'ai lu le résumé du protocole de l'essai clinique susmentionné.

J'atteste que les intérêts du/ de la participant-e sont respectés et que son suivi médical est garanti.

Lieu, date	Nom, prénom et numéro de téléphone du médecin non associé au projet de recherche (en caractères d'imprimerie)	Signature du médecin non associé au projet de recherche
------------	---	---

Par la présente, j'atteste avoir expliqué au médecin non associé au projet de recherche la nature, l'importance et la portée du projet. Si je devrai prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du projet, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement du/ de la participant-e à prendre part au projet de recherche, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu, date	Nom, prénom et numéro de téléphone de l'investigateur responsable (en caractères d'imprimerie)	Signature de l'investigateur responsable
------------	--	--