**ATTESTATION DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU TRAVAILLEUR**

|  |
| --- |
| **Description de l’étude** |
| Titre | Étude de biosurveillance professionnelle relative au chrome et à d’autres substances chimiques nocives menée dans le cadre d’HBM4EU |

|  |
| --- |
| **Identifiant du participant** |
| Nom |  | Téléphone |  |
| Entreprise |  | Adresse électronique |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Code du participant  |  | Initiales  |
| 1 | J’ai lu la brochure «Informations pour les travailleurs participants» qui accompagne ce document. J’ai eu l’occasion d’examiner ces informations, j’ai pu poser toutes les questions que je souhaitais et j’ai reçu des réponses satisfaisantes. |  |
| 2 | Je comprends que je participe sur une base volontaire et que je suis libre de me rétracter à tout moment, sans devoir me justifier, et sans répercussion sur mes soins médicaux ou sur mes droits juridiques. L’équipe de recherche conservera cependant le droit d’utiliser tout échantillon prélevé avant ma rétraction, en toute confidentialité. |  |
| 3 | [*Le/La + nom de l’organisation*] pourra me joindre durant les heures de travail pour prélever mes échantillons et recueillir des informations personnelles une fois que j’aurai accepté de participer à cette étude. |  |
| 4 | J’accorde [*à/au + nom de l’organisation*] le droit de transférer mon ou mes échantillons et/ou mes données à caractère personnel, sous forme codée afin de protéger mon identité, à des laboratoires spécialisés, pour que ceux-ci analysent les substances chimiques et les marqueurs spécifiés dans la brochure «Informations pour les travailleurs participants». |  |
| 5 | J’accorde [*à/au + nom de l’organisation*] le droit de stocker mon ou mes échantillons et mes données personnelles dans une biobanque pour [*nombre d’années*] pour mener de futures études de biosurveillance approuvées sur le plan éthique.Je comprends que [*le/la + nom de l’organisation*] peut me contacter à l’avenir au sujet de l’utilisation du ou des échantillons et des données personnelles me concernant qu’[*il/elle*] a stockés. Mes coordonnées peuvent être conservées exclusivement à cette fin et elles ne seront divulguées à aucun tiers. |  |
| 6 | Concernant l’utilisation d’appareils photos par [*nom de l’organisation*], j’exprime le consentement suivant:□ Je **ne** souhaite **pas** être photographié lors de la visite de recherche.□ J’accepte d’être photographié, à condition que les photos soient floutées pour protéger mon identité dans tous les rapports publiés.  |  |
| 7 | Je comprends que je ne bénéficierai d’aucun avantage pécuniaire en prenant part à cette étude.  |  |
| 8 | Je comprends que je recevrai des informations sur les résultats de mon dosage personnel de chrome urinaire. Ces informations me seront transmises par [*nom de l’organisation*].De plus, lorsque l’étude sera intégralement terminée, je recevrai un résumé des résultats collectifs finaux. Je souhaite les recevoir par courrier électronique/par la poste, à l’adresse suivante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ................................................. | ................................. | .................................................. |
| Nom du participant | Date | Signature du participant |

 ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Déclaration du chercheur/de la personne qui recueille le consentement**

Je confirme que le participant a eu l’occasion de poser des questions concernant l’étude, et que j’ai répondu correctement et de mon mieux à toutes les questions qu’il a posées. Je confirme qu’il n’a pas été contraint de donner son consentement, et que ce consentement a été donné librement et de plein gré.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ....................................................... | ..................................... |  ................................................... |
| Nom du chercheur/de la personne qui recueille le consentement | Date | Signature du chercheur/de la personne qui recueille le consentement |