



- J'accepte/nous acceptons que les spécialistes compétents du mandant de l'étude, des autorités et de la commission d'éthique soient autorisés à consulter les données originales à des fins de contrôle, pour autant que la confidentialité soit strictement assurée.
- Je prends/mon enfant prend part de façon volontaire à cet étude clinique. Je peux/nous pouvons toutefois révoquer en tout temps mon/notre accord de participation sans avoir à me/nous justifier, ni subir le moindre préjudice pour la suite du traitement médical. En cas de révocation, les prélèvements de sang et d'urine seront détruits. Toutefois, cette mesure ne concerne pas l'évaluation des résultats obtenus avec le matériel prélevé avant le moment de la révocation.
- Si je prends/mon enfant prend des médicaments (sur prescription médicale ou de ma/notre propre initiative), je le signale/nous le signalons aux investigateurs.

J'accepte/nous acceptons de participer à l'étude : oui non

Lieu, date:
Signature de la personne mineure:
Signature du représentant légal/ des parents:

Attestation du médecin-investigateur :

J'atteste par ma signature avoir expliqué à ce/cette patient/e et à sa famille la nature, l'importance et la portée de l'étude. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec cette étude clinique. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation de l'étude, d'informations susceptibles d'influer sur le consentement du/de la patient(e) à participer à l'étude, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu, date:
Signature du médecin investigateur :