

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude:

Interactions glucidiques et osseuses, et implications du régime alimentaire dans l'insulinorésistance chez la femme avec Syndrome des ovaires polymicrokystiques

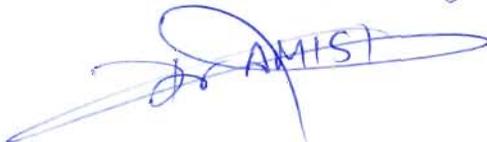
La soussignée _____

- déclare avoir reçu la copie du formulaire d'information et l'avoir lu attentivement;
- déclare avoir reçu du Dr CHANTAL AMISI des explications détaillées concernant la demande de participation à l'étude clinique dont il est question;
- déclare avoir pu discuter de ces explications et posé toutes les questions qu'elle a jugé nécessaires, et a reçu des réponses pleinement satisfaisantes;
- accepte librement, par conséquent, de prendre part à l'étude, ayant été en mesure de comprendre la signification de la demande de participation à l'étude en question et toutes ses implications;
- est consciente de jouir d'une liberté plénière pour suspendre sa participation de l'étude, sans que cela ne l'endommage dans la continuité des soins de santé.

Date _____

Signature du patient _____

Nom du médecin: Signature du médecin

Dr Chantal Amisi


Information et expression de consentement au traitement des données personnelles

Titulaires du traitement des données et des questions connexes

Le Centre d'expérimentation participant à l'étude, pour l'étendue de son autorité et en conformité avec les responsabilités exigées par les normes de bonnes pratiques cliniques (décret-loi 211/2003), traitera vos données personnelles, en particulier celles concernant directement la santé, et ce, seulement dans la mesure où ils sont indispensables dans le cadre des objectifs de l'étude.

À cette fin, les données nécessaires seront collectées par le Centre d'expérimentation, même dans les pays extérieurs à l'Union européenne qui ne fournissent pas un niveau adéquat de protection des données personnelles.

Type de données

Le médecin qui va vous suivre dans l'étude vous identifiera avec un code: lui seul et les parties autorisées pourront lier ce code à votre nom.

Modalités de traitement

Les données traitées à l'aide d'outils électroniques, ne seront divulguées que sous forme anonyme, comme par exemple à travers les publications scientifiques, les statistiques et les réunions scientifiques.

Exercice des droits

Vous pouvez exercer les droits en vertu de l'art. 7 du Code (par ex. accéder à vos données personnelles, les intégrer, les mettre à jour, les rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des raisons légitimes, etc.) en parlant directement avec le médecin enquêteur (DR CHANTAL AMISI / tel: +243 999 100 084).

Vous pouvez interrompre à tout moment et sans fournir aucune justification, votre participation à l'étude: dans ce cas, les échantillons biologiques vous concernant seront détruits. Aucune autre donnée ultérieure supplémentaire relative à vous ne sera encore recueillie, sous réserve de l'utilisation de celles déjà recueillies afin de déterminer, sans les altérer, les résultats de la recherche.

Consentement

En signant ce formulaire, je consens au traitement de mes données personnelles et à leur transfert en dehors de la République Démocratique du Congo pour les fins de la recherche dans la mesure et de la manière indiquée dans le formulaire qui m'a été fourni avec ce document.

Nom de l'intéressée (s'il vous plaît imprimer) _____

Signature de l'intéressée _____

Date de 14/05/2016