# AUTORISATION DE DIVULGUER DES INFORMATIONS SUR LA SANTÉ À DES FINS DE RECHERCHE

N° étude IRB Titre de l’étude

Nom du client Date de naissance

N° de dossier client N° SS du client *(facultatif)*

Je soussigné(e) autorise par la présente

*(Représentant personnel ou client)*

 à divulguer des informations spécifiques sur la santé

*(Nom du prestataire/régime de soins de santé)*

issues des dossiers du client susmentionné à :

*(Nom du chercheur principal/adresse/téléphone/fax)*

pour cette étude :

*(Description de l’étude)*

Informations spécifiques à divulguer :

Je comprends que les informations sur ma santé seront utilisées et divulguées aux personnes autorisées à mener la recherche, et qu’elles pourront également être divulguées à des tiers autorisés, tels que les représentants du promoteur de la recherche, un comité d’examen institutionnel et des représentants d’agences gouvernementales, y compris la Food and Drug Administration (FDA) ou l’Office of Human Research Protections, dans le cadre de l’évaluation de la recherche et pour les objectifs
suivants :

Je comprends que cette autorisation expirera à la date, à l’événement ou à la condition ci-après :

Je comprends que si aucune date d’expiration ou condition n’est mentionnée ci-dessus, cette autorisation est valable pour la période nécessaire à la réalisation de l’étude ou pour une durée maximale d’un an, selon la première éventualité. Je comprends également que je peux révoquer cette autorisation à tout moment et qu’il me sera demandé pour cela de signer la *Section Révocation* au verso de ce formulaire et de le renvoyer au prestataire de soins de santé ou au régime de santé susmentionné. Je comprends également que le chercheur principal de l’étude peut continuer à utiliser et à divulguer les informations de santé à caractère personnel recueillies avant la date d’annulation si cela est nécessaire pour assurer l’intégrité de la recherche ou afin d’établir des rapports tels que les rapports d’événements indésirables.

Je comprends que mes informations peuvent ne pas être protégées contre une nouvelle divulgation par le demandeur des informations ; toutefois, si ces informations sont couvertes par les réglementations fédérales sur la confidentialité des abus de substances et/ou la loi de 1985 sur la santé mentale, les troubles du développement et les abus de substances de Caroline du Nord, le destinataire ne peut pas les divulguer à nouveau sans mon autorisation écrite supplémentaire, sauf disposition contraire de la loi fédérale ou de l’État.

Je comprends que si mon dossier contient des informations relatives à l’infection par le VIH, au SIDA ou à des pathologies liées au SIDA, à l’abus d’alcool, à la toxicomanie, à des pathologies psychologiques ou psychiatriques, ou à des tests génétiques, cette divulgation inclura ces informations.

Je comprends également que je peux refuser de signer cette autorisation. Mon refus de signer n’affectera ni ma capacité à recevoir un traitement, ni le paiement des services ou mon éligibilité à des prestations en dehors de cette étude, mais entraînera mon exclusion de celle-ci.

Je comprends également qu’une copie de cette autorisation signée me sera remise.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Signature du client)* |  | *(Date)* |  | *(Témoin, si nécessaire)* |
| *(Signature du représentant personnel)* |  | *(Date)* |  | *(Lien de parenté/autorité du représentant personnel)* |

*REMARQUE : Cette autorisation a été révoquée le*

*(Date) (Signature du personnel)*

# SECTION RÉVOCATION

Je demande par la présente que cette autorisation de divulguer des informations sur la santé de

*(Nom du client)*

signée par le

*(Indiquer le nom de la personne qui a signé l’autorisation) (Indiquer la date de la signature)*

soit annulée, à compter du Je comprends que le chercheur principal de l’étude peut continuer à utiliser

*(Date)*

et divulguer les informations médicales m’identifiant personnellement qui ont été recueillies avant la date d’annulation conformément aux conditions initiales de la présente autorisation si cela est nécessaire pour assurer l’intégrité de la recherche ou afin d’établir des rapports.

*(Signature du client) (Date) (Signature du témoin, si nécessaire) (Date)*

*(Signature du représentant personnel) (Date) (Lien de parenté/autorité du représentant personnel)*