

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

### **En signant ce formulaire vous confirmez les points suivants et vous consentez librement à participer à cette recherche :**

- J'ai bien lu et pris connaissance des informations relatives à ma participation à la recherche « N° C22-52 » intitulée « Lien entre exposition à la chlordécone et cancer de la prostate en Martinique » « CHLOECAPA » mentionnées dans le document d'information.
- J'ai été informé de l'objectif de cette recherche par l'investigateur ou son représentant et j'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette recherche.
- J'ai bien compris la façon dont cette recherche va être réalisée, ce que ma participation va impliquer pour moi et que ma participation durera 4 heures au maximum.
- J'ai pris connaissance des avantages et des risques prévisibles, et je suis conscient que ma participation pourra être interrompue par l'investigateur en cas de nécessité.
- J'ai bien compris que le protocole prévoit de réaliser des analyses de mes caractéristiques génétiques sans possibilité de découverte incidente.
- J'ai obtenu toutes les réponses à mes questions et je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires à l'investigateur ou son représentant dont l'identité et les coordonnées sont mentionnées en fin de document.
- Je certifie être affilié à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime, sauf dérogation exceptionnelle.
- J'ai bien compris que je serai averti par le médecin de mon choix de toute anomalie détectée au cours de cette recherche et concernant ma santé, sauf si je m'y oppose.
- J'ai bien compris la possibilité qui m'est réservée d'interrompre ma participation à cette recherche à tout moment sans avoir à justifier ma décision et que je n'aurai qu'à en informer l'investigateur ou son représentant qui me suit dans la recherche. Cela ne remettra pas en cause la qualité des soins ultérieurs.
- J'ai bien noté que mes droits prévus par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée et prévus par le Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) 2016/679), notamment mes droits d'accès, de rectification et d'opposition à mes données, s'exercent à tout moment auprès de l'investigateur ou de son représentant qui a recueilli mon consentement et qui connaît mon identité. J'ai été informé sur la façon dont mes données personnelles et le cas échéant mes échantillons biologiques pourront être collectés, utilisés et partagés comme décrit dans ce document.
- J'ai bien compris que la partie de mon dossier médical en lien avec la recherche ou le dossier constitué dans le cadre de la recherche peut être consulté par les personnes habilitées dans le cadre de cette recherche, dans le respect de la confidentialité de mes données et de mon identité.

<b>Dans le cadre de ma participation à cette recherche, j'accepte la réalisation de toute analyse génétique sur mes éléments biologiques</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>
<b>Dans le cadre de nouvelles recherches portant sur la santé des hommes et l'environnement, j'accepte que mes données personnelles codées, et mes éléments biologiques recueillis au cours de cette recherche, puissent être réutilisés dans le cadre, dans le respect de la confidentialité de mon identité.</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>

**À compléter par la personne donnant son consentement :**

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du participant

Je soussigné(e) (PRENOM NOM) \_\_\_\_\_

accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite.

**A compléter en majuscule par la personne attestant du consentement du participant empêché de consentir par écrit:**

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du témoin

Je soussigné(e) (PRENOM NOM) \_\_\_\_\_

atteste en tant que témoin (personne de confiance, membre de la famille ou proche) de (PRENOM NOM) \_\_\_\_\_ que ce dernier accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite <sup>7</sup>.

**A compléter par l'investigateur ou son représentant désigné ayant informé le participant:**

Je soussigné(e), (PRENOM NOM) \_\_\_\_\_

confirme avoir expliqué le but et les modalités de cette recherche ainsi que ses risques et contraintes. Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, conciliant le respect des droits et des libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique.

Nom du service : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'investigateur  
ou de son représentant  
désigné

Document en deux exemplaires originaux : un pour le participant et l'autre pour l'investigateur (à conserver pendant la durée légale de conservation des documents de la recherche).

<sup>7</sup> Article L. 1122-1-1 du Code de la Santé Publique