

## FORMULAIRE DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

*Il est recommandé de le rédiger en deux exemplaires,  
un exemplaire pour le participant et un exemplaire pour la plate-forme de soins palliatifs.*

Le patient (nom et prénom) .....

Accepte de participer à une recherche du groupe de recherche Soins Palliatifs (faculté de Médecine et de Sciences de Santé, Université Anvers), intitulée : **“Recherche d’amélioration qualitative pour l’implémentation du parcours de Soins Palliatifs dans cinq régions belges (pro-Spinoza)”**

De quelle recherche s’agit-il? Avec cette recherche, nous souhaitons améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de maladies graves potentiellement incurables.

Qu’est-ce que cela implique pour vous? La recherche se déroule au plus tard jusqu’au 31.12.2016, ou peut être interrompue par l’arrêt demandé par le participant pour des raisons personnelles. Les données sont collectées via des questionnaires par de sites informatiques totalement sécurisés. Les activités de cette étude sont garanties par l’assurance no-fault de l’Université d’Anvers.

Garantie de confidentialité: Le traitement des données s’effectue d’une manière codée. Ce qui implique que chaque personne est incluse dans la recherche au moyen d’un code, qui ne peut permettre l’identification de la personne. Aucune publication émanant de cette étude ne peut contenir de noms de personnes ni de données personnelles.

Droit à l’information: Vous pouvez toujours demander des informations complémentaires sur les procédures ou sur les résultats (provisoires) du projet. Dès qu’un rapport de l’étude est disponible, vous pouvez le demander.

Droit à l’arrêt de participation: Vous pouvez à n’importe quel moment mettre fin à votre participation au projet. Si vous voudriez terminer la participation, cela ne changera pas la qualité de vos soins.

Note d’information: Les feuilles jointes vous donnent plus d’informations sur ce projet. Veuillez les lire également et poser des questions en cas de doute à votre médecin ou aux chercheurs menant l’étude.

**Je déclare avoir lu et compris les informations susmentionnées et avoir reçu les explications concernant la procédure, la durée et les objectifs de cette étude. On m’a donné le temps et l’occasion de poser des questions sur cette étude. Je déclare également avoir lu attentivement la note d’information. Par conséquent, je décide de participer à cette étude. Je sais que ma participation est libre, et peut être interrompue à tout moment et ce sans inconvénient pour moi. Je donne également mon consentement pour que mes données puissent être utilisées pour les objectifs repris dans la note d’information.**

Signature du patient:

Date:

Signature de l’aidant proche (evt.):

Déclaration du médecin généraliste qui a donné les informations :

Je, ..... (nom et prénom), confirme que j’ai expliqué la procédure, la durée et les objectifs de cette étude au patient et son aidant proche.

Cachet et signature:

Date:

## Données administratives du patient et de l'aidant proche

À remplir et envoyer à la plate-forme de soins palliatifs

Sticker de mutuelles du patient Ou remplissez tout ci-dessous	Sticker de mutuelles du proche Ou remplissez tout ci-dessous
Nom, prénom du patient	Nom, prénom de l'aidant proche
Adresse mail du patient	Adresse mail de l'aidant proche
Numéro de téléphone du patient	Numéro de téléphone de l'aidant proche
Numéro du registre national du patient	Rélation de l'aidant proche face au patient
Date de naissance du patient	Nom du médecin généraliste

### Les plates-formes de soins palliatifs participantes

'Reliance asbl'  
Rue des Viaducs, 137 A  
7020 NIMY

Palliabru  
479 Chaussée de Louvain  
1030 Bruxelles

L'Association des Soins Palliatifs en Province de Namur  
Rue Charles Bouvier 108  
5004 Bouge