



Confirmation écrite d'un·e médecin non associé·e au projet de recherche

Confirmation écrite pour le/la médecin non associé·e au projet de recherche, qui n'est pas impliqué·e dans le projet de recherche mentionné ci-après et qui défend les intérêts de la personne se prêtant à l'expérience (LRH art 30).

Données sur l'essai clinique

Titre du projet de recherche: OCTOPLUS : comparaison du scanner thoracique à la radiographie et l'échographie dans le diagnostic de la pneumonie du sujet de plus de 65 ans	
Numéro du projet de recherche: 2019-01288	
Lieu où se déroule le projet de recherche : Hôpitaux Universitaires de Genève	
Nom et prénom de la médecin investigatrice responsable: Dre Virginie Prendki	
Nom et prénom du/ de la participant·e:	
Date de naissance (facultatif):	sexe (facultatif):

J'ai reçu et j'ai lu le résumé du protocole de l'essai clinique susmentionné.

J'atteste que les intérêts de la/du participant·e sont respectés et que son suivi médical est garanti.

Lieu, date et heure	Nom, prénom et numéro de téléphone de la/du médecin non associé·e au projet de recherche (en caractères d'imprimerie)	Signature de la/du médecin non associé·e au projet de recherche
---------------------	---	---

Par la présente, j'atteste avoir expliqué à la/au médecin non associé·e au projet de recherche la nature, l'importance et la portée du projet. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du projet, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement de la/du participant·e à prendre part au projet de recherche, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu, date et heure	Nom, prénom et numéro de téléphone de l'investigatrice·eur responsable (en caractères d'imprimerie)	Signature de l'investigatrice·eur responsable
---------------------	---	---

GE_ICF_Octoplus_medecin_V5.1_31mai2021_fr