

SYSTEME DE SANTÉ DE MONT SINAÏ
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU VOLONTAIRE À UNE ÉTUDE DE RECHERCHE
ET AUTORISATION D'UTILISER ET DE DIVULGUER DES INFORMATIONS MÉDICALES
École De Médecine Icahn Du Mont Sinaï
Page 7 de 15



N° de l'étude : 09-2025

Formulaire mis à jour le : 20181116

1. Nous donnez-vous la permission de recueillir, entreposer et utiliser des échantillons de tissus que vous donnez, de la manière décrite dans les paragraphes ci-dessus?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non ») _____ Oui _____ Non

(Si vous répondez « Non » à la question 1, veuillez signer, apposer la date et écrire votre nom en lettres moulées sur le formulaire de consentement sans répondre aux autres questions, et retournez-nous le formulaire.)

2. Acceptez-vous que votre médecin ou chirurgien traitant nous informe du moment où vous subirez un acte chirurgical ou un traitement pour exposition à l'amiante ou le mésothéliome?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non ») _____ Oui _____ Non

3. Donnez-vous la permission à votre syndicat de nous laisser savoir quand vous subirez un acte chirurgical ou un traitement pour exposition à l'amiante ou le mésothéliome?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non ») _____ Oui _____ Non _____ Sans objet

4. Nous donnez-vous la permission de contacter un jour vos médecins ou le centre hospitalier où vous avez été vu pour diagnostic ou traitement de maladies liées à l'amiante s'il y a des questions relatives à votre santé auxquelles vous ne pouvez pas répondre pour que nous puissions recueillir des informations sur votre état de santé?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non ») _____ Oui _____ Non

5. Nous donnez-vous la permission de prélever et conserver six cuillerées à thé de votre sang, s'il ne reste pas de sang excédentaire des prélèvements préopératoires ou postopératoires qui font partie de vos soins cliniques courants ou si aucun prélèvement n'est effectué dans le cadre de vos soins normaux?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non ») _____ Oui _____ Non

6. Nous donnez-vous la permission de vous contacter pour vous expliquer toute recherche future pour que vous soyez bien informé avant d'accepter ou de refuser d'y participer?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non ») _____ Oui _____ Non

Espace réservé à CIR

Le présent consentement a été approuvé par un Comité institutionnel de révision (CIR)
Formulaire approuvé le : **1/1/2020** SIGNER AU PLUS TARD LE → **12/31/2020**

SYSTÈME DE SANTÉ DE MONT SINAÏ
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU VOLONTAIRE À UNE ÉTUDE DE RECHERCHE
ET AUTORISATION D'UTILISER ET DE DIVULGUER DES INFORMATIONS MÉDICALES
École De Médecine Icahn Du Mont Sinai
Page 8 de 15



N° de l'étude : 09-2025

Formulaire mis à jour le : 20181116

7. Si, toutefois, la recherche effectuée sur vos tissus permet d'arriver à des conclusions génétiques qui sont par la suite confirmées par un autre laboratoire et que le comité scientifique consultatif de la banque de tissus (un organisme composé de médecins, chercheurs et représentants syndicaux) considère d'importance suffisante pour que vous en soyez informé, désirez-vous connaître les résultats pourvu que les règlements institutionnels, fédéraux et provinciaux applicables nous permettent de le faire?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non ») _____ Oui _____ Non

8. Dans l'éventualité de votre décès, permettez-vous aux membres de votre famille d'avoir accès à vos dossiers de recherche de la présente étude dans la mesure permise par la loi et les règlements?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non ») _____ Oui _____ Non _____ Sans objet

Si vous décidez de participer à la présente étude, nous aurons besoin de communiquer avec vous une fois par année par téléphone pour savoir comment vous vous portez.

9. Nous donnez-vous la permission de communiquer avec vous périodiquement pour maintenir le contact et savoir comment vous vous portez?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non ») _____ Oui _____ Non

10. Nous donnez-vous la permission de contacter votre syndicat si nous perdons contact avec vous et de lui demander de nous donner vos nouvelles coordonnées s'il les connaît?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non ») _____ Oui _____ Non _____ Sans objet

VOS RESPONSABILITÉS SI VOUS PARTICIPEZ À LA PRÉSENTE RECHERCHE :

Si vous décidez de participer à cette banque de tissus pour la recherche, vous n'aurez rien à faire. Toutefois, la banque de tissus sera plus utile si nous pouvons obtenir vos tissus excédentaires quand vous subissez des tests (par exemple, une biopsie, une thoroscopie) ou un traitement (comme une intervention chirurgicale) pour le mésothéliome ou le cancer du poumon. Pour ce faire, nous aimerions que vous nous informiez des tests que vous allez subir (par exemple, une biopsie, une thoroscopie)

Espace réservé à CIR

Le présent consentement a été approuvé par un Comité institutionnel de révision (CIR)

Formulaire approuvé le : **1/1/2020**

SIGNER AU PLUS TARD LE → 12/31/2020

SYSTÈME DE SANTÉ DE MONT SINAÏ
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU VOLONTAIRE À UNE ÉTUDE DE RECHERCHE
ET AUTORISATION D'UTILISER ET DE DIVULGUER DES INFORMATIONS MÉDICALES
École De Médecine Icahn Du Mont Sinai
Page 15 de 15



N° de l'étude : 09-2025

Formulaire mis à jour le : 20181116

Bloc-signature de l'adulte capable

Votre signature ci-dessous indique votre consentement à participer à la présente recherche et à l'utilisation et la divulgation de vos informations médicales confidentielles. Une copie signée et datée vous sera remise.

NE PAS SIGNER CE FORMULAIRE APRÈS CETTE DATE →

12/31/2020

Signature du sujet

Date

Nom du sujet en lettres moulées

Personne qui a expliqué l'étude et a obtenu le consentement

Signature de la personne qui a obtenu le consentement

Date

Nom en lettres moulées
de la personne qui a obtenu le consentement

Partie destinée au témoin : utiliser cette partie lorsqu'il est demandé à un témoin de respecter le processus de consentement (voir document ci-dessous). Il convient, par exemple, d'utiliser cette partie dans le cas d'une personne analphabète ou malvoyante ou bien lorsque le formulaire est accompagné d'un court formulaire de consentement.

Je déclare par ma signature apposée ci-dessous que l'information contenue dans le document de consentement et toute autre information écrite a été correctement expliquée au sujet et semble avoir été comprise par lui, et que le sujet a donné son consentement librement.

Signature du témoin au processus de consentement

Date

Nom en lettres moulées
de la personne témoin du consentement

Espace réservé à CIR

Le présent consentement a été approuvé par un Comité institutionnel de révision (CIR)

Formulaire approuvé le : 1/1/2020

SIGNER AU PLUS TARD LE →

12/31/2020

Feuille d'information du contact pour Banque de Tissu

Nous avons besoin des informations contact suivant pour accompagnée le formulaire de consentement pour les deux objets consenti (nous devons communiquer avec vous {une fois} pour confirmé votre consentement si vous n'avez pas été d'un commun accord en personne) **et pour vérifier** que nous avons votre bonne adresse ce qui nous permettra de vous envoyé votre carte d'inscription.

Information du contact (svp, caractère d'imprimerie):

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Ville, Province et Code Postal	
No Téléphone	
Deuxième No Téléphone (Optionnel)	
Reg. No. (si membre)	

Veuillez poster cette fiche d'information avec votre formulaire de consentement dûment rempli:

Professor Andy Todd
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
1 Gustave L. Levy Place, MAIL STOP 1057
New York, NY 10029-6574
USA