Clinique à compléter de l’Université de Montréal

**Formulaire de consentement**

ACCÈS À VOTRE DOSSIER DE PATIENT

ET

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES CHERCHEURS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contexte

Vous avez consulté un des professionnels de la Clinique nom complet de l’Université de Montréal. À cette occasion, le professionnel a constitué pour vous un dossier de patient qui contient notamment votre nom, votre adresse postale, votre adresse courriel et votre numéro de téléphone (vos «**Renseignements personnels**»). Aucun de vos Renseignements personnels ne sera communiqué à quiconque sans votre accord.

L’Université de Montréal est une institution dont les missions sont l’enseignement et la recherche. Notamment, l’Université favorise la réalisation d’activités de recherche par des chercheurs ou étudiants de l’Université (les «**Chercheurs**»), dont certaines nécessitent la participation de personnes. Si votre profil correspond à celui des personnes qu’un Chercheur doit recruter comme participants à son projet de recherche, ce Chercheur pourrait souhaiter vous contacter à l’aide de vos Renseignements personnels qui se trouvent dans votre dossier de patient à la Clinique. À la Clinique, la demande du Chercheur sera traitée par le directeur administratif de la Clinique. Mais avant que ce dernier puisse communiquer quelque Renseignement personnel que ce soit au Chercheur, vous devrez y consentir en signant le présent Formulaire.

**consentement**

Si vous signez le Formulaire, vous acceptez que le directeur administratif de la Clinique, transmette à un chercheur ou un étudiant de l’Université de Montréal (le «**Chercheur**») votre nom, votre adresse postale, votre adresse courriel et votre numéro de téléphone (vos «R**enseignements personnels**»), aux conditions suivantes :

1. Seul le directeur administratif de la Clinique consultera votre dossier de patient pour déterminer si votre profil correspond à celui des participants qui sont recherchés par le Chercheur pour la réalisation de son projet de recherche;
2. Vos Renseignements personnels seront les seules informations que le directeur administratif de la Clinique transmettra au Chercheur. Le cas échéant, il les transmettra par écrit et par un moyen qui en protégera la confidentialité;
3. Le projet de recherche concerné devra avoir reçu l’approbation d’un comité d’éthique de la recherche de l’Université avant que vos Renseignements personnels ne soient transmis au Chercheur.
4. Vous êtes entièrement libre d’accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche auxquels un Chercheur vous inviterait à participer.
5. Votre acceptation ou votre refus de participer à un projet de recherche n’aura aucune conséquence sur les soins et services que vous pourriez recevoir à la Clinique;
6. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment, verbalement (par téléphone ou en personne) ou par écrit (par lettre ou par courriel) sans avoir à donner de justification;
7. Si vous ne retirez pas votre consentement, il continuera d’être en vigueur aussi longtemps que votre dossier de patient sera conservé selon les règles de l’ordre professionnel auquel appartient le professionnel que vous consultez à la Clinique, et selon celles de l’Université de Montréal.

*Veuillez cocher dans la case correspondant à votre réponse et signer au bas du formulaire*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ❑ **J’accepte** que mon nom, mon adresse postale, mon adresse courriel ou mon numéro de téléphone soient communiqués par le directeur administratif de la Clinique à des chercheurs ou à des étudiants de l’Université de Montréal, exclusivement afin que ceux-ci m’invitent à participer à leurs projets de recherche.  ❑ **Je refuse** que mon nom mon adresse postale, mon adresse courriel ou mon numéro de téléphone soient communiqués à des chercheurs ou à des étudiants de l’Université de Montréal afin que ceux-ci m’invitent à participer à leurs projets de recherche. | | |
| Signature |  | Date : |
| Nom |  |  |

Toute plainte concernant le Formulaire peut être adressée à l’ombudsman de l’Université de Montréal, du lundi au vendredi, entre 9h et 17h, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l’adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L’ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s’exprime en français et en anglais.