|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE****UFR SANTE****BESANCON** |  |

**note d’information**

**Participation à une recherche biomédicale**

***L’ exemplaire est remis à la personne, par l’investigateur***

**PROMOTEURS**

**Département de Médecine Générale UFR Sciences médicales et pharmaceutiques 19 rue Ambroise Paré 25000 BESANÇON Tél : 03.63.08.22.89**

**et**

M., Mme, Mlle

Nom :

Prénom :

Adresse :

Réalisent une recherche biomédicalepour un sujet de thèse de Médecine Générale :

**TITRE COMPLET ET EN FRANÇAIS DE L’ETUDE,**

[le même que dans le consentement]

 N° d’enregistrement : en cours

**Lisez attentivement cette notice.**

**Posez toutes les questions qui vous sembleront utiles.**

**Après avoir obtenu les réponses satisfaisantes à vos questions et disposé d’un délai de réflexion suffisant, vous pourrez alors décider si vous voulez participer à cette étude ou non.**

But de l’étude :

Déroulement de l’étude : étude dite qualitative par le recueil d’entretiens enregistrés sur le sujet, anonymisation, retranscription en texte puis synthèse du travail

Votre participation : participer à un entretien sur le sujet avec enregistrement audio

Précautions particulières : les enregistrements seront détruits une fois la retranscription réalisée

Aspect réglementaire et administratif

Pour mettre en œuvre cette étude une demande a été faite au **Comité de Protection des Personnes (CPP) Est II en date du**

Traitement informatique des données personnelles : Cette étude sera réaliséeconformément aux dispositions de la *loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés* modifiée par la *loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l’égard des traitements de données à caractère personnel*, de la Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés (CNIL).

 Un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre l’analyse des résultats, dans des conditions assurant leur confidentialité. Ces données pourront, dans des conditions garantissant leur confidentialité, être transmises aux Autorités de santé françaises ou étrangères.

 Vous disposez d’un **droit d’accès** et **de rectification**.

 Vous disposez également d’un **droit d’opposition** à la transmission de vos données personnelles utilisées dans le cadre de cette étude. Ces droits s’exercent auprès de l’ Investigateur qui vous suit dans le cadre de l’étude et qui connaît votre identité*. (n° de téléphone)*

Participation volontaire : votre participation à cette étude est entièrement volontaire et libre.

Cette note d’information vous appartient et vous pouvez la communiquer et en parler à votre médecin traitant et/ou à vos proches pour avis.

Nous vous remercions de votre coopération.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous demandons de bien vouloir signer le formulaire de consentement ci-joint.