**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT INFORMÉ - Représentant légal**

Numéro d'identification du participant :

Nom de l'essai : STOP-COVID19 : Essai de supériorité d'inhibition de la protéase dans les cas de **COVID-19**

Enquêteur en chef : Professeur James Chalmers

Sponsors : Université de Dundee et NHS Tayside

 Veuillez parapher la case

1. Je confirme avoir lu et comprendre le contenu de la Feuille d'informations destinée au participant – Représentant légal version.................... date…………….. pour le projet ci-dessus. J'ai eu l'occasion d'examiner les informations, de poser des questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes.
2. Je comprends que la participation de mon pupille, de mon parent ou de la personne pour laquelle je donne mon consentement est volontaire et que je suis libre de retirer mon pupille, mon parent ou la personne pour laquelle je donne mon consentement à tout moment, sans donner de raison et sans que les soins médicaux ou les droits légaux de mon pupille, de mon parent ou de la personne pour laquelle je donne mon consentement n'en soient affectés.

3. Je comprends que les sections pertinentes des notes médicales de mon pupille, de ma famille ou de la personne pour laquelle je donne mon consentement, ainsi que les données recueillies au cours de l'étude, peuvent être consultées par le personnel du sponsor (Université de Dundee/NHS Tayside) de l'organisation du NHS ou des autorités réglementaires ou autres, lorsque cela entre dans le cadre de leur participation à cette recherche. J'autorise ces personnes à accéder à son dossier.

4. J'accepte que les informations confidentielles concernant mon pupille, mon parent ou la personne pour laquelle je donne mon consentement soient collectées pour cet essai et puissent être utilisées à l'avenir dans le cadre de recherches médicales approuvées sur le plan éthique, y compris des recherches avec des organisations commerciales. Toute information permettant de m'identifier sera supprimée avant de pouvoir être partagée.

5. J'accepte que tous les échantillons de sang, d'expectorations et de prélèvements nasaux de mon pupille, de mon parent ou de la personne pour laquelle je donne mon consentement qui resteront après cet essai soient conservés et utilisés en faveur de recherches futures approuvées sur le plan éthique, notamment des recherches avec des organisations commerciales. Toute information permettant de m'identifier sera supprimée avant de pouvoir être partagée. J'accepte de donner ces échantillons aux sponsors.

6. J'accepte que le médecin traitant de mon pupille/mon parent/la personne pour laquelle je donne mon consentement soit informé qu'il/elle participe à l'essai.

1. Je consens à ce que mon pupille/mon parent/la personne pour laquelle je donne mon consentement participe à l'essai ci-dessus.

|  |
| --- |
| Je confirme être le représentant légal de :  |
| Nom du participant (en majuscules) |  |  |
|  |  |  |
| Nom du représentant légal (en majuscules) | Date | Signature |
|  |  |  |
| Lien avec le participant |  |  |
|  |  |  |
| Nom de la personne donnant son consentement (en majuscules) | Date | Signature |