**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT INFORMÉ - Capacité récupérée**

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 est volontaire et que je suis libre de me retirer à tout moment sans donner de raison. Cela n'affectera pas mes soins médicaux, ni mes droits légaux.

3. J'accepte que les informations confidentielles me concernant soient partagées en dehors de mon équipe de soins cliniques (ou de l'équipe de recherche) lorsque cela est nécessaire au déroulement de cet essai.

4. J'accepte que les informations confidentielles me concernant recueillies pour cet essai 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 mon médecin traitant soit informé de ma participation à l'essai.

6. J'accepte d'être contacté(e) par le chercheur et/ou l'équipe de recherche à l'avenir si je suis éligible pour d'autres projets (facultatif). OUI/NON

1. J'accepte de prendre part à l'étude ci-dessus.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nom du participant (en majuscules) | Date | Signature |
|  |  |  |
| Nom de la personne donnant son consentement (en majuscules) | Date | Signature |