|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domaine Sécurité et Exploitation** | | |  |
| EPFL VPO DSE  BS 172 (Bâtiment BS)  Station 4  CH 1015 Lausanne | Téléphone :  E-mail :  Site web : | +4121 693 20 07  [sante@epfl.ch](mailto:sante@epfl.ch)  https:securite.epfl.ch |

**Consentement éclairé écrit du donneur de sang à des fins de recherche**

* Veuillez lire attentivement ce formulaire.
* N’hésitez pas à poser des questions si certains aspects vous semblent peu clairs ou si vous souhaitez obtenir des précisions.

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro du projet de recherche: |  |
| Titre du projet de recherche: |  |
| Promoteur (adresse complète) : |  |
| Lieu de réalisation du projet: |  |
| **Chef de projet**  Nom et prénom : |  |
| **Donneur de sang**  Nom et prénom :  Date de naissance : | homme  femme |

* Je déclare avoir lu et compris l’information écrite aux donneurs qui m’a été remise sur l’étude précitée, datée du *[date]*
* Je sais avoir la possibilité de demander toute information complémentaire susceptible d’étayer ma décision.
* J’ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
* Je suis informé(e) qu’une assurance a été souscrite pour couvrir les dommages éventuels découlant de la participation à cette étude.
* Je prends part de façon volontaire. Je peux, à tout moment, refuser de donner de sang, sans avoir à subir un quelconque préjudice.
* Je suis conscient(e) du fait que les exigences et les restrictions mentionnées dans l’information aux donneurs devront être respectées pendant la durée de l’étude. Le Point Santé ou le chef de projet peuvent m’exclure à tout moment comme donneur de sang dans l’intérêt de ma santé ou de l’étude. De mon côté, je m’engage à informer la personne effectuant la prise de sang de tout traitement concomitant ainsi que de la prise de médicaments (prescrits ou non par le médecin).
* Au cas où une anomalie serait détectée dans mon sang  
   je désire être informé(e)  
   je ne désire pas être informé(e)

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu, date | Signature du donneur de sang |

**Attestation du chef ou de la cheffe de projet ou d’un de ses collaborateurs/collaboratrices :** J’atteste par ma signature avoir expliqué la nature, l’importance et la portée de l’étude. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec ce projet. Si je dois prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation de l’étude, d’informations susceptibles d’influer sur le consentement du donneur à participer à l’étude, je m'engage à informer immédiatement le Point Santé qui fera le lien avec le donneur.

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu, date | Signature du chef ou de la cheffe de projet ou de son ou sa collaborateur/trice |