



Canadian Longitudinal Study on Aging
Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Numéro du participant : _____

Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Formulaire de consentement du participant

Pour plus d'information sur l'étude

Pour les résidents de la Colombie-Britannique, de l'Alberta,
du Manitoba, de l'Ontario, du Québec ou de la Nouvelle-Écosse

CONTACTEZ-NOUS au
Numéro sans frais : 1-866-999-8303
français et anglais
Courriel : info@clsa-elcv.ca

Pour les résidents de Terre-Neuve ou du Labrador

CONTACTEZ-NOUS au
Numéro sans frais : 1-888-908-4988 (anglais)
Numéro sans frais : 1-866-999-8303 (français)
(Dr Gerry Mugford, chercheur local, Université Memorial)

Appuyée par le gouvernement du Canada par l'entremise des Instituts de recherche en santé
du Canada et la Fondation canadienne pour l'innovation

Veillez conserver cette copie pour vos dossiers

L'utilisation de genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.



Formulaire de consentement

Si vous n'êtes pas en accord avec chacun des énoncés suivants, veuillez prendre le temps de poser vos questions ou d'exprimer vos inquiétudes à l'intervieweur qui vous appellera.

J'ai lu la trousse d'information de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV) et je comprends les renseignements que j'ai lus.

J'ai eu la possibilité de poser les questions que j'avais à propos de l'étude et on a répondu à toutes mes questions.

Je comprends que si je choisis de participer à l'ÉLCV on recueillera de l'information sur moi pendant 20 ans.

Je comprends que mes informations seront conservées pendant 25 ans après la fin de l'étude.

Je comprends que si je choisis de donner des échantillons de sang et d'urine ceux-ci seront aussi conservés pendant 25 ans après la fin de l'étude.

Je comprends que si je choisis de donner mon numéro de carte santé (carte d'assurance-maladie au Québec) il sera utilisé pour faire des liens entre les informations que je fournis et mes renseignements provenant de banques de données de soins de santé détenues par le gouvernement provincial.

Je comprends que les informations et les échantillons que je fournis seront utilisés à des fins de recherche seulement et que cette recherche peut avoir des fins commerciales qui profiteront à la société.

Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Si je décide de retirer mon consentement, je pourrai choisir parmi des options la manière dont je veux que les renseignements déjà recueillis à mon sujet soient utilisés.

Si vous souhaitez participer à cette étude, veuillez lire et signer la page suivante. N'oubliez pas que vous pouvez participer à cette étude même si vous n'acceptez pas les options 2 ou 3. Par contre, en acceptant les options 2 et 3, vous pourrez nous aider à en apprendre davantage sur la santé et le vieillissement.



Option 1 : J'accepte de participer à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement.

Oui Non

Je comprends que cela implique une visite à domicile et la prise de mesures physiques à un site de collecte de données à tous les 3 ans. Je comprends également qu'on me contactera pour une entrevue téléphonique à mi-chemin entre chaque intervalle de 3 ans.

Option 2 : J'accepte de fournir des échantillons de sang et d'urine.

Oui Non

Je comprends que je devrai fournir des échantillons de sang et d'urine lorsque je me présenterai au site de collecte de données à tous les 3 ans.

Option 3 : J'autorise le gouvernement provincial à fournir à l'ÉLCV des renseignements me concernant conservés dans les banques de données de soins de santé détenues par le gouvernement provincial.

Oui Non

Je comprends que cela permettra aux chercheurs de faire le lien entre les renseignements provenant de banques de données de soins de santé provinciales et ceux que je fournis à l'ÉLCV.

Je comprends aussi que, si je retire mon consentement, les données recueillies qui auront déjà été couplées demeureront dans la base de données de l'ÉLCV.



Nom du participant : _____ Date : _____

Signature du participant : _____

À USAGE ADMINISTRATIF SEULEMENT
Chercheur principal ou délégué

Nom : _____ Date : _____

Signature (x) : _____