RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work - Fatherland

UNIVERSITÉ DE DSCHANG
UNIVERSITY OF DSCHANG
Scholae Thesaurus Dschangensis Ibi Cordum

BP 96, Dschang (Cameroun) – Tél./Fax (237) 233 45 13 81
Website:http://www.univ-dschang.org.
E-mail : udsrectorat@univ-dschang.org

FACULTÉ DES SCIENCES
FACULTY OF SCIENCE
Département de Biochimie
Department of Biochemistry
BP 67, Dschang (Cameroun) Tél./Fax (237) 243 69 15 05
E-mail : faculte.sciences@univ-dschang.org

Formulaire de consentement éclairé

Je soussigné, Mr/Mme/Mlle (Nom(s) et Prénom(s))……..
Avoir été invité à participer et faire participer mes enfants ou personne à charge au programme de recherche intitulé: **"TrypanoGEN^{+}: Les déterminants génétiques de la schistosomiase"** dont l'investigateur principal s'appelle Dr SIMO Gustave du Département de Biochimie de la Faculté des Sciences de l'Université de Dschang.

- J'ai lu, ou bien on m'a lu et expliqué, la notice d'information relative à cette étude.
- J'ai bien compris la notice d'information que j'ai ou qui m'a été lue concernant cette étude.
- J'ai bien compris le but et les objectifs de cette étude
- J'ai eu l'occasion de poser des questions au sujet de l'étude
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées
- J'ai été informé et bien éclairé sur le but et l'intérêt de cette étude.
- Les risques et les bénéfices m'ont été présentés et expliqués
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser ma participation et celle de mes enfants
- Mon consentement ne dégage pas les investigateurs de la recherche de leurs responsabilités
- Je conserve tous mes droits garantis par la loi
- J'ai le droit de retirer mes enfants et moi-même de l'étude et ce retrait ne modifie en rien l'accès actuel et futur à des soins médicaux disponibles.
- J'ai compris qu'en cas de pré-occupation, je peux m'adresser au Dr SIMO Gustave Tel : 694035497 du Département de Biochimie de la Faculté des Sciences de l'Université de Dschang.

J'accepte librement de participer et faire participer mes enfants à cette étude dans les conditions précisées dans la notice d'information c'est-à-dire :

- De répondre aux questions d'enquête
- De communiquer les informations médicales
- Que mes enfants et moi-même donnent des échantillons de selles, d'urines, de salive ou de sang dans le cadre de cette étude
- Que ces échantillons soient utilisés dans le cadre de cette étude.

Je donne mon accord pour que le reste des échantillons prélevés pour cette étude soit utilisés dans les études ultérieures.
J'ai compris que je dois remplir et signer dans ce tableau que si est seulement si j'ai compris le but de la recherche, le niveau de mon engagement, et que les données recueillies et les échantillons fournis seront utilisés uniquement pour la recherche.

<table>
<tr><td rowspan="2">Autres précisions à apporter à notre connaissance ?
……
……..
……...</td><td>Fait à……
Le ……</td><td>Signature</td></tr>
<tr><td colspan="2">Nom du participant……
Nom du parent ou tuteur……
Tel:.....
email.....</td></tr>
</table>