

DOCUMENT D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Responsables : Angelo Tremblay, Louis Pérusse et Vicky Drapeau,
professeurs/chercheurs à l'Université Laval
Clinique Équilibre-Santé et Clinique de kinésiologie de l'Université Laval**

La Clinique Équilibre-Santé et la Clinique de kinésiologie de l'Université Laval sont deux organismes à but non lucratif qui ont comme objectifs la formation académique, le service à la communauté et le rapprochement entre la recherche scientifique et la pratique clinique. Pour atteindre ces objectifs, les responsables de ces cliniques ont créé une banque de données qui permettra d'étudier les facteurs comportementaux et physiologiques associés à une saine alimentation et à la pratique de l'activité physique. Vous êtes donc invité(e) à participer à la constitution de cette banque de données.

Votre participation est tout à fait volontaire et ne vous apportera aucun bénéfice personnel ni compensation financière. Si vous acceptez de participer à cette banque de données cliniques, vous consentez à ce que certaines données cliniques recueillies au cours de vos consultations dans l'une des deux cliniques puissent être utilisées dans le cadre de la recherche. Vos données cliniques seront conservées de façon dénominalisée dans une banque informatique à l'Université Laval sécurisée par un mot de passe pendant une période totale de 25 ans. Votre dossier clinique sera conservé dans un endroit barré au PEPS de l'Université Laval également pour 25 ans. Les études auxquelles serviront vos données devront obligatoirement recevoir l'accord du Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval. Vos données demeureront strictement confidentielles. Les professionnels des deux cliniques ont signé un engagement de confidentialité et adhèrent donc à une politique de stricte confidentialité. Vous êtes libre de demander le retrait de vos données en tout temps au cours de cette période de conservation (25 ans). Le retrait de vos données ou le refus de participer à cette banque de données ne portera en aucun cas préjudice à votre droit de recevoir des services de qualité.

Je soussigné(e) _____ (nom en lettre moulées) consens librement à participer (ou autorise _____ (nom de l'enfant) à participer) à la banque de données cliniques. J'ai pris connaissance du formulaire et je le comprends. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le professionnel m'a fournies.

J'accepte d'être recontacté pour obtenir des informations additionnelles à mon sujet (ou au sujet de mon enfant) en lien avec les facteurs comportementaux et physiologiques associés à une saine alimentation et à la pratique de l'activité physique. Ce consentement peut être retiré en tout temps.

Pour toutes questions, veuillez vous adresser à Mme Vicky Drapeau au 418-656-2757.

NOM (Caractères d'imprimerie)

SIGNATURE

DATE

Participant(e) / Parent / Tuteur

Participant(e) / Parent / Tuteur

Date

Intervenant de la clinique/chercheur

Intervenant de la clinique/chercheur

Copie banque de données