

# Formulaire d'autorisation pour le participant prenant part à un projet de recherche en présentiel - Projets en cours

Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche

## Informations transmises par téléphone au participant<sup>1</sup>

### Présentation :

- Nom du membre de l'équipe de recherche
- Nom du chercheur pour lequel il travaille
- Titre du projet de recherche pour lequel le participant a déjà accepté de prendre part

*Après une pause en raison du contexte de pandémie, notre équipe de recherche souhaite recommencer les rencontres avec des participants en personne. Cet appel a pour but de vous fournir l'information nécessaire concernant vos prochaines rencontres afin que vous puissiez prendre une décision éclairée avant de vous engager à des activités de recherche dans le contexte actuel. Il est important que vous soyez informés que de nouvelles mesures sanitaires ont été mises en place et qu'elles devront être respectées lors de votre participation à des activités de recherche. Les objectifs de ces mesures sont de protéger votre santé ainsi que réduire les risques de propagation de la COVID-19.*

1. Nous devons vérifier auprès de vous la présence de symptômes associés à la COVID-19 ainsi qu'évaluer le niveau de risque.

La veille et le jour de votre rencontre, vous aurez à répondre aux questions suivantes :

- Avez-vous une nouvelle toux ou une toux chronique qui s'aggrave?
- Avez-vous un essoufflement aggravé?
- Avez-vous de la fièvre ou ressentez-vous des frissons?
- Avez-vous une perte de l'odorat ou du goût?
- Avez-vous des maux de tête?
- Avez-vous mal à la gorge?
- Avez-vous une congestion nasale sans autre cause connue?
- Avez-vous des douleurs musculaires?
- Êtes-vous fatigué de façon inexplicable?
- Avez-vous des nausées ou des vomissements?
- Avez-vous de la diarrhée ou des douleurs abdominales?
- Avez-vous été en contact avec une personne qui présente ces symptômes?
- Avez-vous été en contact avec un cas probable ou confirmé de COVID-19?
- Est-ce que vous ou l'un des membres de votre famille immédiate ou autre personne que vous avez fréquenté a voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours?

2. Nous vous demandons de venir seul ou accompagné d'une seule personne si cela est nécessaire.

---

<sup>1</sup> À transmettre au participant ou à une personne qui pourra répondre à sa place (proche aidant, parent), par exemple en raison de troubles de communication ou de compréhension.

3. Nous vous recommandons d'éviter, dans la mesure du possible, les transports en commun lors de vos déplacements pour vous rendre à nos installations de recherche.
4. Vous devrez respecter les consignes d'hygiène et de sécurité tout au long de votre rencontre : port du masque, lavage de main, distanciation de deux mètres.
5. Lors de votre participation au projet de recherche dans les installations du CCSMTL :
  - a. Vous devrez arriver avec votre propre masque. Un masque de procédure vous sera remis à votre arrivée. Vous devrez porter le masque de procédure pendant votre participation.
  - b. Vous serez accompagné par un membre de l'équipe de recherche, et ce, dans tous vos déplacements.
  - c. Vous devrez suivre des trajectoires prévues dans les locaux de la recherche ou dans les secteurs cliniques, s'il y a lieu.
6. Vous devez aussi savoir que vous êtes plus à risque de développer des complications connues liées à la COVID-19 si vous êtes une :
  - Personne non vaccinée;
  - Personne âgée de plus de 70 ans;
  - Personne immunosupprimée;
  - Personne ayant une maladie chronique (troubles cardiaques ou pulmonaires, diabète, troubles hépatiques et maladies rénales, hypertension artérielle);
  - Personne ayant une obésité importante ou une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration;
  - Femme enceinte ou qui allaite.
7. Tout le personnel de notre équipe de recherche a reçu une formation sur les mesures de prévention des infections et sur le port des équipements de protection.
8. Vous êtes libre de choisir de venir ou non à ces visites sans que cela vous cause préjudice de quelque nature.

**Acceptez-vous les conditions de reprise de participation pour le projet de recherche ci-dessus énumérées?**

Oui : Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Non : Préciser le suivi qui sera effectué auprès du participant.

---

---

---

Nom et signature de la personne qui obtient l'autorisation du participant :

---

Prénom, Nom (lettres moulées)

---

Signature

*Le professionnel de recherche doit s'assurer d'avoir transmis toute l'information mentionnée dans le présent document et d'avoir répondu aux questions du participant le cas échéant.*

*Le présent document est déposé par le professionnel de recherche dans le dossier de recherche du participant.*