



## CONSENTEMENT À ÊTRE CONTACTÉ, APRÈS VOTRE SÉJOUR À L'HÔPITAL, POUR DES PROJETS DE RECHERCHE FUTURS

J'autorise le personnel de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal :

1. À me contacter dans le futur, pour me présenter tout projet de recherche sous la responsabilité d'un chercheur de l'ICM, lorsqu'il s'avère que je pourrais être un candidat potentiel pour participer à ce projet.
2. À consulter mon dossier médical avant d'établir un contact avec moi, afin de vérifier mon éligibilité à participer à tout projet de recherche futur. Les renseignements consultés dans mon dossier médical peuvent comprendre mon nom, mon sexe, ma date de naissance et mon origine ethnique, mon état de santé passé et présent, ainsi que les résultats de tous les tests, examens et procédures réalisés à l'ICM.

Ces autorisations sont sujettes à l'approbation éthique préalable de tout projet de recherche pour lequel je pourrais être un participant potentiel.

Ces autorisations sont accordées pour une durée illimitée, mais je demeure libre d'y mettre fin en tout temps par simple avis verbal, sans avoir à préciser les motifs de ma décision.

Je demeure libre de participer ou non aux projets de recherche qui me seront proposés,

Je comprends que ma décision de participer ou non à un projet de recherche n'affectera en rien la qualité des soins qui me sont offerts à l'Institut de Cardiologie de Montréal.

J'accepte que mes coordonnées soient utilisées par le personnel de recherche de l'ICM pour me contacter et me proposer de participer à des projets de recherche dans le futur. (Nom complet, numéro de téléphone, adresse civique.

- J'**accepte** d'être contacté;  
 Je **refuse** d'être contacté.

- J'**autorise** la consultation de mon dossier médical pour vérifier mon éligibilité à un projet de recherche  
 Je **refuse** la consultation de mon dossier médical pour vérifier mon éligibilité à un projet de recherche

### IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous souhaitez retirer votre consentement, vous pouvez communiquer en tout temps avec le personnel de l'admission de l'ICM au numéro suivant : 514-376-3330 poste 2676 ou par courriel à l'adresse suivante : [admission.icm@icm-mhi.org](mailto:admission.icm@icm-mhi.org)

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec :

Le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'Institut de Cardiologie de Montréal au numéro suivant : 514 376-3330, poste 3398.

Date				Signature usager	Témoïn à la signature
Année	Mois	Jour			



## CONSENT FORM TO BE CONTACTED AFTER YOUR HOSPITAL STAY FOR FUTURE RESEARCH PROJECTS

I authorize the research staff of the Montreal Heart Institute :

1. To contact me in the future, to present me any research project under the responsibility of an MHI researcher, when it appears that I could be a potential candidate to participate in this project.
2. To consult my medical file before establishing contact with me, in order to verify my eligibility in any future research project. Information viewed in my medical record may include my name, gender, date of birth, ethnicity, past and present health status and the results of all tests, examinations and procedures performed at MHI.

These authorizations are subject to prior ethical approval of any research project for which I may be a potential participant.

These authorizations are granted for an unlimited period, but I remain free to terminate them at any time by simple verbal notice, without having to specify the reasons for my decision.

I remain free to participate or not in the research projects that will be proposed to me.

I understand that my decision to participate or not in a research project will in no way affect the quality of care offered to me at the Montreal Heart Institute.

I agree that my contacts details will be used by MHI research staff to contact me and offer to participate in research projects in the future. (Full name, phone number, address.)

I **agree** to be contacted;

I **refuse** to be contacted.

I **authorize** consultation of my medical file to verify my eligibility for a research project;

I **refuse** the consultation of my medical file to check my eligibility for a research project.

### IDENTIFICATION OF RESOURCE PEOPLE

If you wish to withdraw your consent, you can contact the MHI admission staff at any time at the following number : 514-376-3330 extension 2676 or by email at the following address : [admission.icm@icm-mhi.org](mailto:admission.icm@icm-mhi.org)

For any questions regarding your rights as a participant in this research project or if you have a complaints ou comments to make, you can contact :

The local Complaints and Service Quality Commissioner of the Montreal Heart Institute at the following number : 514-376-3330 extension 3398.

Date : Year / Month / Day

User signature :

Witness to signature :



INSTITUT DE  
CARDIOLOGIE  
DE MONTRÉAL



\* I C M O 9 9 \*