**COMITÉ D’ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE – ACCORD DE CONFIDENTIALITÉ DU CHERCHEUR PRINCIPAL**

|  |
| --- |
| **No CÉR :** Cliquez ici pour saisir du texte  **TITRE DE L’ÉTUDE :** Cliquez ici pour saisir du texte  **CHERCHEUR PRINCIPAL :** Cliquez ici pour saisir du texte |

En signant ci-dessous, je reconnais et accepte les dispositions de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (Ontario). Je respecterai les renseignements personnels sur la santé recueillis, utilisés ou divulgués au sujet de toutes les personnes concernées par ce projet de recherche, et je m’engage à :

* utiliser ces renseignements uniquement aux fins énoncées dans le plan de recherche approuvé;
* ne pas publier ces renseignements d’une manière qui permettrait d’identifier les participants;
* m’assurer que tous les membres du personnel sous ma direction sont qualifiés pour accéder aux renseignements personnels sur la santé;
* informer le bureau du Comité d’éthique de la recherche de l’IRSM du Royal si j’ai connaissance de tout manquement à l’obligation de confidentialité.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Je confirme que, à ma connaissance, les informations ci-dessus sont véridiques et exactes.*

# *J’accepte de mener cette étude conformément à l’Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC 2), aux principes des Bonnes pratiques cliniques (BPC) élaborées par la Conférence internationale sur l’harmonisation (CIH), à tous les règlements applicables à la présente étude, y compris le Titre 5 (Drogues destinées aux essais cliniques sur des sujets humains) du Règlement sur les aliments et drogues de Santé Canada, le Règlement sur les produits de santé naturels, le Titre 3 (Produits pharmaceutiques radioactifs) du Règlement sur les aliments et drogues de Santé Canada et le Règlement sur les instruments médicaux de Santé Canada, ainsi qu’aux politiques et procédures de l’établissement.*

**Nom du chercheur qualifié/principal (dactylographié) :** Cliquez ici pour saisir du texte.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature du chercheur qualifié/principal** **Date de signature :** Cliquez ici pour saisir une date.

***Veuillez conserver une copie de ce formulaire rempli dans votre dossier d’étude.***