



TNS Ilres

CON-VINCE CONSENT

Q001 - VBR: Intro ICQ

Cher panéliste,

Merci beaucoup pour l'intérêt que vous portez à cette étude. Vous allez maintenant passer le questionnaire de consentement éclairé. Dans ce questionnaire, nous allons vous demander dans quelle mesure vous êtes prêt à participer à l'étude. Vous avez le choix de cocher "Non", si vous ne consentez pas aux demandes présentées.

Rappel : Sur quelle base juridique traitons-nous vos données ?

L'utilisation de vos données personnelles est nécessaire pour atteindre les objectifs de l'étude, que nous menons dans l'intérêt public et aux fins de la recherche scientifique (art. 6.1e et art. 9.2j du GDPR.).

Q002 - VBV: Informed Consent Form Part 1

Formulaire de consentement éclairé

Validé par Prof. Dr. Rejko Krüger:

Signature:

Veuillez lire attentivement et complètement avant de cocher votre réponse.

Je déclare avoir lu et avoir compris l'information décrite dans les informations destinées aux participants.

Je comprends que j'ai la possibilité de télécharger une copie des informations destinées aux participants, ainsi que les informations générales pour les participants.

Je déclare avoir reçu une description claire du but et de la nature de l'étude et être conscient de ce que l'on attend de moi en tant que participant à cette étude.

J'atteste avoir eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en discuter avec une personne de mon choix.

Je comprends que je peux appeler le numéro mentionné dans les informations destinées aux participants pour poser toutes les questions sur l'étude qui me sont venues à l'esprit

J'accepte que mon médecin traitant soit informé de ma participation à l'étude (si vous n'avez pas de médecin traitant, écrivez "aucun") :

Nom et adresse de mon médecin traitant :



CON-VINCE CONSENT

Je comprends parfaitement que je suis libre de quitter l'étude à tout moment sans avoir à justifier ma décision et sans subir aucun préjudice matériel ou moral. Je me contenterai d'en informer l'investigateur principal ou l'équipe d'enquête via les options de contact indiquées sur les informations destinées aux participants.

Je comprends que toute information personnelle recueillie dans le cadre de cette étude sera traitée de manière strictement confidentielle, conformément au règlement général sur la protection des données (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, applicable à partir du 25 mai 2018 (dit RGPD) et à tout texte ultérieur remplaçant ou complétant ce texte (notamment la loi du 1er août 2018 relative à l'organisation de la Commission nationale pour la protection des données et à la mise en œuvre du RGPD).

J'accepte que les résultats de cette étude puissent faire l'objet de communications ou de publications scientifiques. Je suis conscient que la présentation des résultats de l'étude ne peut en aucun cas permettre mon identification directe ou indirecte.

Je consens volontairement à participer à cette étude sur la base des conditions décrites dans la brochure d'information ci-jointe, et je comprends quel type de données sera collecté au cours de cette étude. *Si vous sélectionnez "non", vous ne pouvez pas participer à l'étude.

- Oui, je consens à participer à cette étude
- Non, je n'accepte pas de participer à cette étude.

Q003 - VBZ: Informed Consent Form Part 2

Veuillez lire attentivement et complètement avant de cocher votre réponse.

*Si vous sélectionnez "non", vous ne pouvez pas participer à l'étude.

	Oui	Non
J'accepte que mes échantillons soient collectés et donnés au Luxembourg Institute of Health(LIH)/Integrated Biobank of Luxembourg (IBBL), que mes données soient stockées au Luxembourg Centre for Systems Biomedicine (LCSB)/Université du Luxembourg (UL) et que les chercheurs de ces instituts et les partenaires collaborateurs puissent utiliser mes échantillons et données pour la recherche dans cette étude*.		



J'autorise le LIH/IBBL, le LCSB/UL et les chercheurs et partenaires collaborateurs à utiliser mes échantillons et données pour des recherches ultérieures dans le domaine des maladies infectieuses et de la recherche immunologique*.		
J'accepte que mes données et échantillons soient transmis sous une forme anonymisée en dehors de l'Union européenne où la législation en vigueur concernant la protection des données à caractère personnel peut être moins stricte que celle de l'Union européenne.		
J'accepte d'être recontacté pour une éventuelle participation à de futures études.		
Je comprends qu'aucune analyse génétique soit planifiée dans le cadre de cette étude, mais j'accepte l'utilisation de mes échantillons dans le cadre de la recherche génétique (avec l'utilisation des méthodes comme le séquençage de la prochaine génération) sur mes échantillons, dans un amendement de l'étude primaire, donc ciblée sur le COVID-19.		
Je comprends qu'aucune analyse génétique soit planifiée dans le cadre de cette étude, mais j'accepte l'utilisation de mes échantillons dans le cadre de la recherche génétique (avec l'utilisation des méthodes comme le séquençage de la prochaine génération) sur mes échantillons dans les projets de recherche futures avec le focus sur des maladies infectieuses et immunologiques approuvés par le Ministère de la Santé et Commission Nationale d'Ethique au Luxembourg.		



CON-VINCE CONSENT

En cas de découverte fortuite d'une mutation germinale (mutations ou aberrations qui pourraient non seulement affecter ma santé future, mais aussi celle de mes enfants, de mes frères et sœurs, de mes parents, etc.), je consens à ce que cette information me soit communiquée par mon médecin traitant, afin de discuter des implications possibles et d'être orienté vers un généticien local si nécessaire.

En prenant ma décision, je confirme que j'ai été pleinement informé et que je comprends que le chercheur n'est pas tenu de rechercher activement des mutations génétiques dans mon (mes) échantillon(s) et que la découverte d'une telle mutation ne constitue pas un diagnostic. C'est également à ce moment que je serai recontacté si j'ai coché "oui" ci-dessus. Enfin, je confirme que j'ai été informé que je peux reconsidérer ma décision à tout moment.

→ Conséquences de ma décision :

Si je réponds "non", je ne recevrai aucune information sur ces découvertes fortuites, et mes proches ne seront pas informés.

Si je réponds "oui", je serai informé de la ou des découvertes fortuites par mon médecin traitant / le médecin de l'étude / un généticien. Je serai alors invité à discuter des implications possibles et je serai orienté vers un généticien local si nécessaire.

Oui

Non

Q006 - VCB: Mutation 2

Dans le cas où une mutation germinale est identifiée et que je ne peux pas recevoir cette information personnellement (y compris si je suis décédé au moment où cette information est identifiée), je souhaite désigner un membre de ma famille (représentant) à qui ces résultats pourraient être communiqués, qui pourrait discuter des implications avec mon médecin traitant, et être orienté vers un généticien local

Oui

Non

Q007 - VBX: Representative

Vous avez confirmé qu'au cas où une mutation germinale serait identifiée et que vous ne pourriez pas recevoir cette information personnellement, vous souhaitez désigner un membre de la famille (représentant) à qui ces résultats pourraient être communiqués.

Quel est le nom de votre représentant ?

Q008 - VBY: Consent

Je consens librement à participer à cette étude:

Oui

Non

Vous avez confirmé qu'au cas où une mutation germinale serait identifiée et que vous ne pourriez pas recevoir cette information personnellement, vous souhaitez désigner un membre de la famille (représentant) à qui ces résultats pourraient être communiqués.

Quel est le nom de votre représentant ?

Prénom

Nom de famille

Date de naissance

Numéro de téléphone