

Consentement éclairé écrit du patient pour la participation à l'étude du programme d'émotions positives pour la schizophrénie (PEPS) - version du 25 novembre 2015, acceptée par la Commission d'éthique le 23 décembre 2015.

Veillez lire attentivement ce formulaire.

- **N'hésitez pas à poser des questions si certains aspects vous semblent peu clairs ou si vous souhaitez obtenir des précisions.**

Numéro de l'essai clinique:	
Titre de l'essai clinique:	Etude du programme d'émotions positives pour la schizophrénie (PEPS).
Investigateur principal	Jérôme Favrod, professeur ordinaire, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, HES-SO, Avenue Vinet 30, 1004 Lausanne. Messagerie : j.favrod@ecolelasource.ch . Tél +4179 447 31 57
Lieu de réalisation de l'étude clinique:	Dans votre lieu de soins, de vie ou de travail habituel
Patient(e) , Nom et prénom:	
Date de naissance:	
Sexe :	<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme

- Je déclare avoir été informé-e, oralement et par écrit, par l'investigateur signataire, des objectifs et du déroulement de l'étude du programme d'émotions positives pour la schizophrénie (PEPS), des buts de l'étude, des avantages et des inconvénients possibles, ainsi que des risques éventuels.
- Je certifie avoir lu et compris l'information sur l'étude précitée, qui m'a été remise par écrit, datée du 23 décembre 2015. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'avais posées en relation avec ma participation à cette évaluation clinique. Je conserve l'information écrite adressée aux patients et reçois une copie de ma déclaration écrite de consentement.
- J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
- Je sais que mes données personnelles ne seront traitées que sous une forme rendue anonyme à des fins de recherche. J'accepte que des représentants autorisés et des membres de la Commission cantonale d'éthique puissent consulter mes données brutes, afin de procéder à des examens et à des contrôles, à condition toutefois que la confidentialité soit strictement assurée.
- Je prends part de façon volontaire à cette évaluation. Je peux, à tout moment et sans avoir à fournir de justification, révoquer mon consentement à participer à cette étude, sans pour cela en subir quelque inconvénient que ce soit dans mon suivi médical ultérieur.

Lieu, date	Signature du patient/de la patiente
------------	-------------------------------------

Attestation de l'investigateur: J'atteste par ma signature avoir expliqué à ce-cette patient-e la nature, l'importance et la portée de l'étude. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec cette évaluation clinique. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation de l'étude, d'informations susceptibles d'influer sur le consentement du-de la patient-e à participer à l'étude, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu, date	Signature de l'investigateur
------------	------------------------------