

Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement
**Formulaire de consentement du participant pour
nommer un représentant et un répondant**

Pour plus d'information sur l'étude

Pour les résidents de la Colombie-Britannique, de l'Alberta,
de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec, du
Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard ou de la Nouvelle-
Écosse

CONTACTEZ-NOUS au
Numéro sans frais : 1-866-999-8303
Courriel : info@clsa-elcv.ca
français et anglais

Pour les résidents de Terre-Neuve ou du Labrador
CONTACTEZ-NOUS au
Numéro sans frais : 1-888-908-4988 (anglais)
Numéro sans frais : 1-866-999-8303 (français)
(Dr Gerry Mugford, chercheur local, Université Memorial)

Appuyée par le gouvernement du Canada par l'entremise des Instituts de recherche en
santé du Canada et de la Fondation canadienne pour l'innovation

Veillez conserver cette copie pour vos dossiers.



N° du participant : _____

Formulaire de consentement

J'ai lu la trousse d'information du participant de l'ÉLCV pour nommer un représentant et un répondant et je comprends les renseignements que j'ai lus.

J'ai eu la possibilité de poser les questions que j'avais à propos de la nomination d'un représentant et d'un répondant et on a répondu à toutes mes questions.

Je comprends que je peux modifier à tout moment les choix que j'ai faits aujourd'hui à propos du représentant et du répondant, ainsi que de la manière dont je souhaite participer à l'ÉLCV dans le futur.

Vous trouverez ci-dessous quelques options pour vous permettre de participer à l'ÉLCV si un jour vous n'arrivez plus à le faire par vous-même. Cochez les options que vous voulez utiliser.

Si, je deviens incapable de participer par moi-même :

	Oui	Non
J'aimerais que mon répondant donne des renseignements sur moi à un intervieweur de l'ÉLCV en répondant à des questionnaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si j'ai accepté de fournir mon numéro de carte Santé/carte d'assurance maladie :

J'aimerais que l'ÉLCV continue de recueillir des informations sur moi en faisant des liens avec les banques de données de soins de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------



N° du participant : _____

Oui

Non

J'aimerais continuer de participer à des visites
au Site de collecte de données aussi longtemps
que possible.

Nom du participant : _____ Date : _____

Signature du participant : _____

À USAGE ADMINISTRATIF SEULEMENT

Nom : _____ Date : _____

Signature : _____



N° du participant : _____

Représentant

Veillez inscrire les coordonnées complètes d'une personne qui vous connaît bien et qui peut prendre des décisions à votre place sur votre participation à l'ÉLCV. Cette personne sera votre représentant.

La personne qui occupera ce rôle :

- Prendra des décisions sur ma participation à l'ÉLCV.

Nom du représentant : _____

Adresse du représentant : _____

N° de téléphone du représentant : (____) _____ - _____

	Oui	Non
La personne que j'ai nommée comme mon représentant est également celle que j'ai mandatée légalement pour s'occuper de mes affaires si je ne peux plus le faire moi-même.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Répondant

Veillez inscrire les coordonnées complètes d'une personne qui pourrait donner des renseignements sur vous en répondant aux questionnaires. Cette personne sera votre répondant.

La personne qui occupera ce rôle :

- Donnera des renseignements sur moi à un intervieweur de l'ÉLCV en répondant aux questionnaires.

Mon répondant et mon représentant sont la même personne.

S'il ne s'agit PAS de la même personne :

Nom du répondant : _____

Adresse du répondant : _____

N° de téléphone du répondant : (____) _____ - _____



www.clsa-elcv.ca

