

## Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

### Formulaire de consentement du participant

#### 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 la Nouvelle-Écosse ou de l'Île-du-Prince-Édouard

**CONTACTEZ-NOUS** au  
Numéro sans frais : 1-866-999-8303  
français et anglais  
Courriel : [info@clsa-elcv.ca](mailto:info@clsa-elcv.ca)

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

**Veuillez conserver cette copie pour vos dossiers.**



## **Formulaire de consentement**

**Si vous n'êtes pas en accord avec chacun des énoncés suivants, veuillez prendre le temps de poser vos questions ou d'exprimer vos inquiétudes à l'intervieweur qui vous appellera.**

---

J'ai lu la trousse d'information de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV) et je comprends les renseignements que j'ai lus.

---

J'ai eu la possibilité de poser les questions que j'avais à propos de l'étude et on a répondu à toutes mes questions.

---

Je comprends que si je choisis de participer à l'ÉLCV on recueillera de l'information sur moi pendant 20 ans.

---

Je comprends que mes informations seront conservées pendant 25 ans après la fin de l'étude.

---

Je comprends que si je choisis de donner mon numéro de carte santé (carte d'assurance-maladie au Québec) il sera utilisé pour faire des liens entre les informations que je fournis et mes renseignements provenant de banques de données de soins de santé détenues par le gouvernement provincial.

---

Je comprends que les informations que je fournis seront utilisés à des fins de recherche seulement et que cette recherche peut avoir des fins commerciales qui profiteront à la société.

---

Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Si je décide de retirer mon consentement, je pourrai choisir parmi des options la manière dont je veux que les renseignements déjà recueillis à mon sujet soient utilisés.

---

**Si vous souhaitez participer à cette étude, veuillez lire et signer la page suivante. N'oubliez pas que vous pouvez participer à cette étude même si vous n'acceptez pas l'option 2. Par contre, en acceptant l'option 2, vous pourrez nous aider à en apprendre davantage sur la santé et le vieillissement.**

Numéro du participant : \_\_\_\_\_

**Veillez sélectionner OUI ou NON en mettant un « X » dans la case appropriée pour les options 1 et 2 ci-dessous**

**Option 1 : J'accepte de participer à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement.**

Je comprends que cela implique une entrevue téléphonique, au moment qui me convient le mieux, à tous les 3 ans. Je comprends également qu'on me contactera pour une brève entrevue téléphonique pour garder le contact et pour recueillir quelques informations supplémentaires à mi-chemin entre chaque intervalle de 3 ans.

**Oui Non**

☐☐

**Option 2 : J'autorise le gouvernement provincial à fournir à l'ÉLCV des renseignements me concernant conservés dans les banques de données de soins de santé détenues par le gouvernement provincial.**

Je comprends que cela permettra aux chercheurs de faire le lien entre les renseignements provenant de banques de données de soins de santé provinciales et ceux que je fournis à l'ÉLCV.

**Oui Non**

☐☐

Je comprends aussi que, si je retire mon consentement, les données recueillies qui auront déjà été couplées demeureront dans la base de données de l'ÉLCV.

Nom du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du participant : \_\_\_\_\_

**USAGE ADMINISTRATIF SEULEMENT**

**Chercheur principal ou délégué**

Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_