

Insert Council Logo

## **Vos services sociaux de soin et de soutien**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Formulaire de consentement pour \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Les informations contenues dans cette enquête seront utilisées pour :

* Évaluer la satisfaction des utilisateurs de services de soin et de soutien.
* Évaluer les expériences des utilisateurs de services de soin locaux.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je comprends l'utilisation des informations : | **Oui** | **Non** |
| Je peux changer d'avis et retirer mon consentement à tout moment. |  |  |
| Si je refuse de participer, les soins dont je bénéficie actuellement ne s'en verront pas affectés. |  |  |
| Toutes les informations recueillies resteront confidentielles. La seule exception sera dans le cas où j'indiquerais que ma santé et ma sécurité sont en péril ou qu'un aspect lié à mes soins me pose un véritable problème. |  |  |
| Mon nom ne sera jamais utilisé dans le cadre de publications relatives à l'enquête. |  |  |
| Je peux demander à consulter ou à ce qu'on me lise les informations figurant sur le questionnaire avant qu'il ne soit utilisé. |  |  |
| Si l'enquêteur est préoccupé par ma santé et ma sécurité, il me fera part de sa préoccupation avant de poursuivre l'entretien. |  |  |
| [REMOVE THIS SECTION IF NOT INTENDING TO RECORD THE INTERVIEW]  Cette entrevue sera enregistrée. |  |  |
| Je confirme avoir reçu la transcription de l'entretien et avoir compris les informations contenues dans celle-ci (04/09/2025). |  |  |
| Je souhaite participer à cette enquête |  |  |

Signé \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si un tiers signe de la part de la personne participant à cette enquête, veuillez consigner ses coordonnées ci-dessous :

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Type de relation avec la personne mentionnée sur le questionnaire \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de la personne ayant obtenu le consentement :

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contact pour l'enquête :**

[Contact name, email address, postal address and phone number]