

**SYSTÈME DE SANTÉ DE MONT SINAI**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU VOLONTAIRE À UNE ÉTUDE**  
**DE RECHERCHE ET AUTORISATION D'UTILISER ET DE DIVULGUER DES**  
**INFORMATIONS MÉDICALES**  
École De Médecine Icahn Du Mont Sinai



Page 6 de 15

N° de l'étude : 09-2025

Formulaire mis à jour le : 20151110

Il est également possible que de futures recherches génétiques détectent des substances dans votre ADN ou ARN qui sont utiles au traitement et donc commerciales/et de valeur lucrative. Vous ne serez admissible à aucune contrepartie financière dans cette éventualité.

*Accès à vos résultats de recherche*

Ni vous, ni votre famille, ni votre fournisseur de soins de santé ne recevra les résultats de la recherche réalisée avec vos tissus donnés. La BTI demandera toutefois à tous les chercheurs qui lui demandent des tissus de lui faire part des conclusions générales que la BTI a l'intention de communiquer à tous les autres participants de la BTI *par le biais* d'un bulletin d'information. La BTI demandera que vos résultats individuels lui soient remis pour qu'ils puissent être partagés avec de futurs requérants de tissus, pour rendre encore plus efficace le processus de recherche. Tout résultat de recherche fourni à la BTI par les chercheurs sera ainsi lié à vos autres renseignements (par exemple, vos données cliniques).

Les résultats de toute recherche effectuée sur vos tissus ne seront pas communiqués à votre syndicat, votre employeur ou votre compagnie d'assurance, et ne seront inscrits dans aucun de vos dossiers médicaux, de votre vivant ou advenant votre décès. Vos résultats de recherche ne seront pas non plus communiqués à votre famille tant de votre vivant que dans l'éventualité de votre décès.

Enfin, si vous décidez de participer à la présente étude, il sera important pour nous de rester en contact téléphonique avec vous une fois par année pour savoir comment vous vous portez. Si nous perdons le contact avec vous, nous aimerions pouvoir communiquer avec votre syndicat pour voir s'ils ont vos coordonnées à jour. Vos désirs en ce qui concerne ces aspects de l'étude sont exprimés dans vos réponses aux questions ci-dessous.

1. Nous donnez-vous la permission de recueillir, entreposer et utiliser des échantillons de tissus que vous donnez, de la manière décrite dans les paragraphes ci-dessus?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non ») \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Non

(Si vous répondez « Non » à la question 1, veuillez signer, apposer la date et écrire votre nom en lettres moulées sur le formulaire de consentement sans répondre aux autres questions, et retournez-nous le formulaire.)

2. Acceptez-vous que votre médecin ou chirurgien traitant nous informe du moment où vous subirez un acte chirurgical ou un traitement pour exposition à l'amiante ou le mésothéliome?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non ») \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Non

**Espace réservé à CIR**

Le présent consentement a été approuvé par un Comité institutionnel de révision (CIR)

Formulaire approuvé  
le :

1/01/2018

SIGNER AU PLUS TARD LE →

12/31/2018

Rév. 4/1/15

Formulaire CIR HRP-502a

**SYSTÈME DE SANTÉ DE MONT SINAÏ**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU VOLONTAIRE À UNE ÉTUDE**  
**DE RECHERCHE ET AUTORISATION D'UTILISER ET DE DIVULGUER DES**  
**INFORMATIONS MÉDICALES**  
École De Médecine Icahn Du Mont Sinai



Page 7 de 15

N° de l'étude : 09-2025

Formulaire mis à jour le : 20151110

3. Donnez-vous la permission à votre syndicat de nous laisser savoir quand vous subirez un acte chirurgical ou un traitement pour exposition à l'amiante ou le mésothéliome?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non »)  Oui  Non  Sans objet

4. Nous donnez-vous la permission de contacter un jour vos médecins ou le centre hospitalier où vous avez été vu pour diagnostic ou traitement de maladies liées à l'amiante s'il y a des questions relatives à votre santé auxquelles vous ne pouvez pas répondre pour que nous puissions recueillir des informations sur votre état de santé?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non »)  Oui  Non

5. Nous donnez-vous la permission de prélever et conserver six cuillerées à thé de votre sang, s'il ne reste pas de sang excédentaire des prélèvements préopératoires ou postopératoires qui font partie de vos soins cliniques courants ou si aucun prélèvement n'est effectué dans le cadre de vos soins normaux?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non »)  Oui  Non

6. Nous donnez-vous la permission de vous contacter pour vous expliquer toute recherche future pour que vous soyez bien informé avant d'accepter ou de refuser d'y participer?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non »)  Oui  Non

7. Si, toutefois, la recherche effectuée sur vos tissus permet d'arriver à des conclusions génétiques qui sont par la suite confirmées par un autre laboratoire et que le comité scientifique consultatif de la banque de tissus (un organisme composé de médecins, chercheurs et représentants syndicaux) considère d'importance suffisante pour que vous en soyez informé, désirez-vous connaître les résultats pourvu que les règlements institutionnels, fédéraux et provinciaux applicables nous permettent de le faire?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non »)  Oui  Non

8. Dans l'éventualité de votre décès, permettez-vous aux membres de votre famille d'avoir accès à vos dossiers de recherche de la présente étude dans la mesure permise par la loi et les règlements?

**Espace réservé à CIR**

Le présent consentement a été approuvé par un Comité institutionnel de révision (CIR)

Formulaire approuvé  
le :

1/01/2018

SIGNER AU PLUS TARD LE →

12/31/2018

**SYSTÈME DE SANTÉ DE MONT SINAÏ**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU VOLONTAIRE À UNE ÉTUDE**  
**DE RECHERCHE ET AUTORISATION D'UTILISER ET DE DIVULGUER DES**  
**INFORMATIONS MÉDICALES**  
École De Médecine Icahn Du Mont Sinaï



Page 8 de 15

N° de l'étude : 09-2025

Formulaire mis à jour le : 20151110

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non ») \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_ Sans objet

Si vous décidez de participer à la présente étude, nous aurons besoin de communiquer avec vous une fois par année par téléphone pour savoir comment vous vous portez.

9. Nous donnez-vous la permission de communiquer avec vous périodiquement pour maintenir le contact et savoir comment vous vous portez?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non ») \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ Non

10. Nous donnez-vous la permission de contacter votre syndicat si nous perdons contact avec vous et de lui demander de nous donner vos nouvelles coordonnées s'il les connaît?

(Paraphez soit le « Oui » soit le « Non ») \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_ Sans objet

**VOS RESPONSABILITÉS SI VOUS PARTICIPEZ À LA PRÉSENTE RECHERCHE :**

Si vous décidez de participer à cette banque de tissus pour la recherche, vous n'aurez rien à faire. Toutefois, la banque de tissus sera plus utile si nous pouvons obtenir vos tissus excédentaires quand vous subissez des tests (par exemple, une biopsie, une thoracoscopie) ou un traitement (comme une intervention chirurgicale) pour le mésothéliome ou le cancer du poumon. Pour ce faire, nous aimerions que vous nous informiez des tests que vous allez subir (par exemple, une biopsie, une thoracoscopie) ou un traitement (comme une intervention chirurgicale) pour le mésothéliome ou le cancer du poumon. Si vous acceptez de donner votre sang, vous devrez vous soumettre à une prise de sang.

**COÛTS OU PAIEMENTS DÉCOULANT DE VOTRE PARTICIPATION :**

Ni vous ni votre compagnie d'assurance ne devrez payer des coûts associés à la banque de tissus pour la recherche. Vous ne recevrez aucune contrepartie financière pour votre participation à cette banque de tissus pour la recherche.

**AVANTAGES POSSIBLES :**

Vous ne devez pas espérer recevoir un bénéfice pour votre participation ou votre don à la banque de tissus pour la recherche. D'autres personnes peuvent ne pas bénéficier non plus. Nous espérons que la

**Espace réservé à CIR**

Le présent consentement a été approuvé par un Comité institutionnel de révision (CIR)

Formulaire approuvé  
le :

1/01/2018

**SIGNER AU PLUS TARD LE →**

12/31/2018

Rév. 4/1/15

Formulaire CIR HRP-502a

SYSTÈME DE SANTÉ DE MONT SINAI  
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU VOLONTAIRE À UNE ÉTUDE  
DE RECHERCHE ET AUTORISATION D'UTILISER ET DE DIVULGUER DES  
INFORMATIONS MÉDICALES  
École De Médecine Icahn Du Mont Sinai



Page 15 de 15

N° de l'étude : 09-2025

Formulaire mis à jour le : 20151110

**Bloc-signature de l'adulte capable**

Votre signature ci-dessous indique votre consentement à participer à la présente recherche et à l'utilisation et la divulgation de vos informations médicales confidentielles. Une copie signée et datée vous sera remise.

NE PAS SIGNER CE FORMULAIRE APRÈS CETTE DATE →

12/31/2018

\_\_\_\_\_  
Signature du sujet

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du sujet en lettres moulées

**Personne qui a expliqué l'étude et a obtenu le consentement**

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui a obtenu le consentement

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées  
de la personne qui a obtenu le consentement

**Partie destinée au témoin : utiliser cette partie lorsqu'il est demandé à un témoin de respecter le processus de consentement (voir document ci-dessous). Il convient, par exemple, d'utiliser cette partie dans le cas d'une personne analphabète ou malvoyante ou bien lorsque le formulaire est accompagné d'un court formulaire de consentement.**

*Je déclare par ma signature apposée ci-dessous que l'information contenue dans le document de consentement et toute autre information écrite a été correctement expliquée au sujet et semble avoir été comprise par lui, et que le sujet a donné son consentement librement.*

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin au processus de consentement

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées  
de la personne témoin du consentement

**Espace réservé à CIR**

Le présent consentement a été approuvé par un Comité institutionnel de révision (CIR)

Formulaire approuvé  
le :

1/01/2018

**SIGNER AU PLUS TARD LE →**

12/31/2018

## Feuille d'information du contact pour Banque de Tissu

Nous avons besoin des informations contact suivant pour accompagner le formulaire de consentement pour les deux objets consenti (nous devons communiquer avec vous {une fois} pour confirmé votre consentement si vous n'avez pas été d'un commun accord en personne) **et pour vérifier** que nous avons votre bonne adresse ce qui nous permettra de vous envoyé votre carte d'inscription.

**Information du contact (svp, caractère d'imprimerie):**

<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Ville, Province et Code Postal</b>	
<b>No Téléphone</b>	
<b>Deuxième No Téléphone (Optionnel)</b>	
<b>Reg. No. (si membre)</b>	

Veillez poster cette fiche d'information avec votre formulaire de consentement dûment rempli:

Professor Andy Todd  
Icahn School of Medicine at Mount Sinai  
1 Gustave L. Levy Place, MAIL STOP 1057  
New York, NY 10029-6574  
USA