|  |
| --- |
| **Confirmation écrite par un médecin non impliqué dans le projet de recherche** |

Confirmation pour le/la médecin qui ne participe pas au projet de recherche, qui n'est pas impliqué(e) dans l'étude mentionnée ci-dessous et qui garantit la préservation des intérêts du/de la participant(e) à l'étude (LRH art. 30).

**Données relatives à l'essai clinique**

|  |  |
| --- | --- |
| Titre du projet de recherche:  Étude sur l'efficacité de l'acide tranexamique après une hémorragie cérébrale | |
| Numéro du projet de recherche: 2023- 02323 | |
| Lieu du projet de recherche:  Clinique de neurochirurgie, Hôpital cantonal de Saint-Gall, Rorschacherstrasse 95, 9007 Saint-Gall | |
| Responsable du projet de recherche, nom et prénom:  PD Dr. Isabel Charlotte Hostettler, PhD, Clinique de neurochirurgie, Hôpital cantonal de Saint-Gall, Email: [isabel.hostettler@kssg.ch](mailto:isabel.hostettler@kssg.ch), tél.: +41 71 494 97 40 | |
| **Participant(e) à l'étude, nom et prénom:** | |
| date de naissance (*facultatif*): | sexe (*facultatif*): |

J'ai reçu et lu le résumé du protocole de l'étude susmentionnée.

Je confirme que les intérêts du participant à l'étude sont préservés et que son suivi médical est assuré.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu, date | Nom, prénom et numéro de téléphone **du médecin ne participant pas au projet de recherche**, en majuscules. | Signature **du/de la médecin ne participant pas au projet de recherche** |

Je confirme que le médecin non impliqué dans le projet de recherche est informé de la nature, de la signification et de la portée de l'étude. Si, pendant la phase de traitement aigu du patient/de la patiente en urgence, j'ai connaissance d'aspects concernant la réalisation de l'étude qui pourraient porter atteinte aux intérêts du/de la participant(e) à l'étude, je l'en informerai immédiatement.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu, date | Nom, prénom et n° de tél. **de l'investigateur** en caractères d'imprimerie | Signature **de l'investigateur** |