

ID Femme:

Projet de recherche : Participation des hommes dans les soins de sante maternelle au Burkina Faso

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ (copie pour l'équipe de recherche)

Nous aurons besoin de votre signature, pour pouvoir démontrer que vous avez bien compris l'étude et que vous êtes d'accord à participer.

Déclaration du participant:

J'ai lu/écouté lire la fiche de consentement éclairé relative à cette étude, et je comprends ce qui me sera demandé, ainsi que les implications liées à ma participation. Je donne mon consentement à participer à cette étude. Je comprends que ma participation est volontaire, et que mes données personnelles seront traitées de façon confidentielle.

Votre nom et prénom: _____

Votre signature: _____ **Date:**
(Jour) (Mois) (An)

Déclaration de l'enquêtrice:

Je confirme que j'ai expliqué personnellement au participant le but et les implications de l'étude, les procédures, les risques potentiels et les avantages, et le traitement confidentiel des informations personnelles.

Initiales de l'enquêtrice: _____

Signature : _____ **Date:**
(Jour) (Mois) (An)

Pour les femmes analphabètes :

Je confirme que la femme a compris l'explication orale et donne son consentement éclairé à participer à l'étude.

Nom et prénom d'un témoin impartial : _____

Signature : _____ **Date:**
(Jour) (Mois) (An)

Qui puis-je contacter si j'ai un problème ou une question ? L'équipe de recherche d'AFRICSanté est disponible à répondre à vos questions concernant l'étude. Veuillez contacter Marina Daniele (Tel. 64 02 44 75), ou Dr Rasmané Ganaba, (Tél. 76 64 75 20).

ID Femme:

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ (copie pour la participante)

Nous aurons besoin de votre signature, pour pouvoir démontrer que vous avez bien compris l'étude et que vous êtes d'accord à participer.

Déclaration du participant:

J'ai lu/écouté lire la fiche de consentement éclairé relative à cette étude, et je comprends ce qui me sera demandé, ainsi que les implications liées à ma participation. Je donne mon consentement à participer à cette étude. Je comprends que ma participation est volontaire, et que mes données personnelles seront traitées de façon confidentielle.

Votre nom et prénom: _____

Votre signature: _____ **Date:**

--	--

--	--

--	--

(Jour) (Mois) (An)

Déclaration de l'enquêtrice:

Je confirme que j'ai expliqué personnellement au participant le but et les implications de l'étude, les procédures, les risques potentiels et les avantages, et le traitement confidentiel des informations personnelles.

Initiales de l'enquêtrice: _____

Signature : _____ **Date:**

--	--

--	--

--	--

(Jour) (Mois) (An)

Pour les femmes analphabètes :

Je confirme que la femme a compris l'explication orale et donne son consentement éclairé à participer à l'étude.

Nom et prénom d'un témoin impartial : _____

Signature : _____ **Date:**

--	--

--	--

--	--

(Jour) (Mois) (An)

Qui puis-je contacter si j'ai un problème ou une question ? L'équipe de recherche d'AFRICSanté est disponible à répondre à vos questions concernant l'étude. Veuillez contacter Marina Daniele (Tel. 64 02 44 75), ou Dr Rasmané Ganaba, (Tél. 76 64 75 20).