

**REGISTRE REIN DE CÔTE D’IVOIRE**

**FORMULAIRE D’ENGAGEMENT**

Je soussigné Docteur ………………………………………............ certifie :

 avoir expliqué dans un langage accessible les termes du présent formulaire de consentement ;

 avoir répondu, à la satisfaction du participant, à toutes les questions qui m’ont été posées par celui-ci ;

 avoir explicitement indiqué au participant qu’il demeurait libre, à tout moment, de mettre un terme à sa participation au projet ;

 avoir informé le participant que je lui remettrais une copie dûment signée du présent formulaire de consentement.

 L’explication fournie au participant a été faite :

*  exclusivement en français ;
*  par moi-même, dans une autre langue en présence d’un témoin ;
*  avec l’aide d’un traducteur.

Date :

Signature :

**Nom du centre :**

**Code du centre :**

**Code du patient :**