

## QUESTIONS À SE POSER AVANT DE PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

Avez-vous trouvé un essai clinique qui vous intéresse et auquel vous êtes admissible? Consultez la liste de questions ci-dessous pouvant vous aider à en savoir davantage sur l'essai clinique auquel vous envisagez de participer.

**Nom de l'essai clinique :** \_\_\_\_\_

**Coordonnées:** \_\_\_\_\_

**Date de début:** \_\_\_\_\_

**Date de fin:** \_\_\_\_\_

**1. Quel est l'objectif de cet essai clinique sur la FK?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Pourquoi cet essai clinique est-il pertinent ou important pour moi?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Y a-t-il des restrictions qui m'empêcheraient de participer à cet essai clinique (p. ex : mon âge, mon génotype, mes médicaments actuels, etc.)?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Quelle est la durée de l'essai clinique? Combien de temps devrai-je consacrer à cette participation et combien de visites sont prévues?**

---

---

---

**5. Quelle distance devrai-je parcourir pour me rendre sur les lieux de l'essai clinique?**

---

---

**6. Y aura-t-il des journées très longues?**

---

---

**7. De quels types de tests ou de traitements s'agit-il et suis-je d'accord pour m'y soumettre (p. ex : analyses sanguines, prélèvements d'urine, tests de grossesse)?**

---

---

---

**8. Quelles seront les incidences de l'essai clinique sur mes traitements et mes soins actuels?**

---

---

---

**9. Qui s'occupera de mes soins de santé durant l'essai clinique?**

---

---

---

**10. Quels effets secondaires ou réactions indésirables pourrait entraîner cet essai clinique?**

---

---

---

**11. Est-il possible que je reçoive un placebo plutôt que le traitement visé par l'essai clinique?**

Oui  Non

**12. Quelles seront mes responsabilités en tant que participant(e) à l'essai clinique?**

---

---

---

**13. Est-il possible de mettre un terme à ma participation après avoir signé un formulaire de consentement et que l'essai clinique soit commencé?**

Oui  Non

**14. Est-ce qu'un séjour ou une nuit à l'hôpital peuvent être nécessaires à un moment ou l'autre de l'essai clinique?**

Oui  Non

---

---

**15. Quels types de soins de suivi seront prodigués à long terme?**

---

---

---

**16. Vais-je poursuivre le même traitement après l'essai clinique s'il s'avère efficace pour moi?**

---

---

---

**17. Une fois l'essai clinique terminé, les résultats me seront-ils communiqués par la suite?**

Oui             Non

**Dans l'affirmative, quand et comment me seront-ils communiqués?**

---

---

**18. De quelle manière ma sécurité et ma vie privée seront-elles protégées pendant et après l'essai clinique?**

---

---

---

**19. Y a-t-il un coût associé à ma participation à l'essai clinique et devrai-je l'assumer moi-même?**

---

---

---

**20. Mes dépenses seront-elles remboursées?**

---

---

---

Visitez le <http://www.fibrosekystique.ca/nos-programmes/reseau-dessais-cliniques> pour consulter la liste et les résultats des essais cliniques, obtenir des ressources et bien plus encore.

Vous avez une question au sujet des essais cliniques ou de FK ÉCLAIR? Contactez-nous à :  
[clinicaltrials@cysticfibrosis.ca](mailto:clinicaltrials@cysticfibrosis.ca)