**[INSTITUTION NAME]**

**SCRIPT D’AUTORISATION POUR LES PARENTS DE FILLES ÂGÉES DE 15 À 17 ANS**

**Titre de l’étude :** [INSÉRER LE PAYS] Enquête sur les comportements face au paludisme

**Investigateur principal :** [INSÉRER LE NOM]

**N° IRB :** [INSÉRER LE NUMÉRO IRB]

**Date de la version de l’IP :** [INSÉRER LE NUMÉRO DE VERSION DU PROTOCOLE IRB ET LA DATE DE LA VERSION DU PROTOCOLE]

**Ce que vous devriez savoir à propos de cette étude**

* Il vous est demandé d’autoriser votre fille à participer à une étude.
* Ce formulaire de consentement explique l’étude ainsi que la part que prendra votre fille à l’étude.
* Veuillez écouter attentivement pendant que je lis le formulaire. Nous prendrons tout le temps nécessaire.
* Votre décision de laisser votre fille participer à l’étude doit être volontaire. Vous pouvez choisir de ne pas laisser votre fille y participer ; et si vous laissez votre fille y participer, vous pouvez décider d’arrêter à tout moment. Il n’y aura aucune sanction si vous décidez de mettre fin à la participation de votre fille à cette étude.
* Au cours de l’étude, si nous apprenons une nouvelle information qui pourrait affecter le fait que vous souhaitez laisser votre fille continuer à participer ou non à l’étude, nous vous en informerons.

**Objet du projet de recherche**

[Salutations] Je m’appelle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Je suis ici aujourd’hui au nom de [INSÉRER LES NOMS DE TOUS LES PARTENAIRES DE L'ÉTUDE, TELS QUE L'INSTITUTION DE L'IP, LE PNLP ET/OU LE CABINET DE RECHERCHE]. Nous voulons vous parler d’une étude que nous réalisons. La recherche nous permet de collecter des informations auprès des personnes pour nous aider à répondre aux questions concernant le paludisme. Nous aimerions interviewer votre fille [INSÉRER LE NOM DE LA FILLE] pour en savoir plus sur le paludisme, l’utilisation des moustiquaires, les soins pendant la grossesse, la pulvérisation intradomiciliaire pour la prévention du paludisme, et le traitement du paludisme.

**Pourquoi nous demandons à votre fille de participer**

Nous vous demandons d’autoriser votre fille à participer à cette étude parce que votre fille est âgée de 15 à 17 ans et qu’elle réside dans ce ménage. Votre ménage a été choisi de façon aléatoire pour participer à l’étude. Nous espérons inclure environ 500 filles comme la vôtre dans cette étude.

**Procédures de** **l’étude**

Si votre fille participe à cette étude, nous lui demanderons de **répondre** à des questions sur le paludisme, l’utilisation des moustiquaires, les soins pendant la grossesse, la pulvérisation intradomiciliaire pour la prévention du paludisme, et le traitement du paludisme. Nous utiliserons ceci [MONTRER À L’ENQUÊTÉ(E) L’OUTIL DE COLLECTE DE DONNÉES] pour obtenir ses réponses. Nous n’enregistrerons nulle part le nom complet ni l’adresse de votre fille—elle sera identifiée uniquement par un numéro d’identification dans nos données. **Nous ne l’interrogerons qu’une seule fois au cours de cette étude.**

**Risques/désagréments**

Il n’y a aucun risque physique lié à la participation à cette étude. Il est possible que certaines questions que nous poserons puissent mettre votre fille mal à l’aise ou dans l’embarras, mais nous ferons en sorte que nous parlions dans un endroit où elle se sentira à l’aise pour le faire. Il y a un petit risque que quelqu’un puisse apprendre ses réponses, mais nous ferons tout notre possible pour nous assurer que cela n’arrive pas. Votre fille n’est pas obligée de participer à cette étude si vous ne voulez pas qu’elle y participe. Si vous décidez que votre fille y participe, vous pouvez arrêter l’enquête à tout moment. Nous ne prendrons aucune mesure à votre encontre si vous décidez de ne pas autoriser votre fille à participer ou si vous décidez d’arrêter l’étude.

[MODIFIER CE PARAGRAPHE SELON LE CONTEXTE PERTINENT] En suivant les consignes de sécurité contre les coronavirus, nous demanderons à votre fille de porter votre masque facial pendant toute l'interaction. Nous identifierons un espace extérieur privé si possible, qui nous permettra de maintenir une distance physique de 2m/6ft entre nous. Nous allons tous les deux nous laver les mains avec de l'eau et du savon (si disponible) et nous avons également un désinfectant pour les mains à utiliser.

**Avantages**

Le fait de répondre aux questions n’apportera aucun bénéfice direct à vous ou à votre fille. Toutefois, les informations qu’elle fournira nous aideront à savoir si les programmes actuels de prévention contre le paludisme en [INSÉRER LE PAYS] fonctionnent bien, et également à mettre au point des programmes futurs axés sur le paludisme et d’autres problèmes de santé qui bénéficieront aux populations de [INSÉRER LE PAYS] en général.

**Paiement**

Il n’y aura aucun paiement lié à la participation.

**Partage des données**

Les réponses de votre fille ne seront pas partagées avec qui que ce soit en dehors de l’équipe de l’étude. Nous ne partagerons pas les réponses de votre fille avec vous. Si nous partageons les données de cette étude en dehors de l’équipe des données, votre fille ne sera pas identifiée.

**Confidentialité des données**

Nous ne recueillerons ni le nom ni l’adresse de votre fille pendant l’entretien que nous aurons avec elle. L’entretien se déroulera dans un lieu privé où personne d’autre ne pourra entendre ses réponses. Nous avons enregistré les prénoms ou surnoms des personnes qui font partie de votre ménage pour faciliter l’entretien au niveau du ménage, mais nous ne retiendrons pas ces informations dans les données. Si vous signez ce formulaire, il sera conservé dans une pièce qui ferme à clé, séparément des réponses que fournira votre fille et des informations que nous collecterons sur votre ménage. Le formulaire d’assentiment signé par votre fille sera également conservé dans une pièce fermant à clé, séparément des réponses que fournira votre fille et des informations que nous collecterons sur votre ménage.

**Interruption du consentement**

Vous pouvez mettre fin à votre autorisation à tout moment. Les informations obtenues et utilisées avant que vous ne mettiez fin à votre autorisation continueront à être utilisées pour la recherche. Si vous souhaitez mettre fin à l’autorisation qui permet à votre fille de participer, dites-le nous.

**Qui puis-je appeler en cas de questions ou de problèmes ?**

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations au sujet de cette étude, vous pouvez contacter [INSÉRER LE NOM, LE TITRE, L'INSTITUTION ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU CONTACT LOCAL]. Vous pouvez également contacter [INSÉRER LE NOM DE L'IRB LOCAL QUI A APPROUVÉ L'ÉTUDE] si vous avez des questions sur vos droits en tant que participant à l'étude. Contactez-les si vous sentez que vous n'avez pas été traité équitablement ou si vous avez d'autres préoccupations. Leurs coordonnées sont : [INSÉRER LE NOM DE L'IRB LOCAL QUI A APPROUVÉ L'ÉTUDE, LEUR ADRESSE, NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ET ADRESSE E-MAIL]

**Que signifie votre signature sur ce formulaire de consentement?**

Votre signature sur ce formulaire signifie que :

* Vous avez été informé(e) de l’objet, des procédures, des avantages et des risques possibles de cette étude ;
* Vous avez répondu honnêtement aux questions de dépistage du coronavirus et comprenez les procédures de sécurité contre les coronavirus que nous appliquons au cours de cette interaction ;
* Vous avez eu l’occasion de poser des questions avant de signer ;
* Vous avez volontairement accepté de permettre à votre fille de participer à cette étude.

Acceptez-vous que votre fille participe à l'entretien ? Oui Non

Veuillez signer votre nom/marque ci-dessous comme votre permission de laisser votre enfant participer. Nous vous donnerons une copie de ce formulaire à conserver pour vous et nous conserverons l'autre copie pour nos dossiers d'étude.

[S'ils n'acceptent pas de laisser leur enfant participer à l'étude, remerciez-les pour leur temps.]

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

Nom du parent/tuteur légal enttres capitales Signature du parent/tuteur légal Date

***Inclure toujours :***

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

Nom de la personne qui obtient le Signature de la personne qui obtient Date

consentement en lettres capitales le consentement

*Si le participant est incapable de lire ou d'écrire et de fournir une signature ci-dessus, et si cela est culturellement approprié, demandez-lui de marquer une « empreinte du pouce gauche » dans la case ci-dessous. De plus, obtenez la signature d'un témoin qui est en mesure de confirmer que le processus de consentement éclairé a été correctement mené.*

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

Signature du témoin (Nom en caractères d'imprimerie) Date

***Remettre une copie au/à la participant(e), si il/elle le souhaite, et conserver une copie dans les archives de votre étude.***