

Formulaire de consentement

Nous vous proposons de participer à une enquête visant à dépister une éventuelle hypertension artérielle, à l'aide d'un appareil d'automesure tensionnelle, mis à disposition par votre pharmacien.

Les mesures s'effectuent sur une période de trois jours, selon une méthode simple qui vous sera expliquée par le pharmacien.

Si vous ne souhaitez pas effectuer ces mesures, nous vous demandons de bien vouloir tout de même compléter le questionnaire qui vous sera remis.

Cette enquête est gratuite, strictement anonyme, seul le pharmacien connaîtra votre identité.

Si vous acceptez de participer à cette enquête, nous vous remercions de bien vouloir signer ce consentement, qui sera conservé votre pharmacien :

Je soussigné (e),

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Accepte de participer à l'enquête AUTOPHARM.

J'ai bien noté que ma participation est volontaire, et anonyme.

Ce formulaire sera conservé par le pharmacien le temps de l'enquête et détruit ensuite.

Date :

Date :

Signature :

Signature Pharmacien :