

Mandat pour l'implication de patients partenaires et/ou membres du public en recherche

Nom du patient partenaire et/ou membre du public :

Nom du chercheur :

Projet :

Date :

L'objectif de ce document est de permettre à l'équipe de recherche de structurer un mandat clair pour l'implication de patients partenaires ou membres du public dans leur projet de recherche.

« EN RÉFÉRENCE AVEC LE GUIDE DE DÉMARRAGE SUR LE PARTENARIAT AVEC LES PATIENTS ET LE PUBLIC EN RECHERCHE¹ ET ALIGNÉ AVEC LES LIGNES DIRECTRICES SUR LE DÉDOMMAGEMENT FINANCIER DES PATIENTS PARTENAIRES ET DES MEMBRES DU PUBLIC EN RECHERCHE² »

CONTEXTE D'IMPLICATION DU PATIENT PARTENAIRE

Section 2.1 du Guide de démarrage au partenariat avec les patients et le public :

¹ David G, Grégoire A (2018) Guide pratique – Stratégie de partenariat avec les patients et le public en recherche, Montréal, Canada.

² Unité SOUTIEN SRAP du Québec (2018), Principes directeurs – Dédommagement financier pour la participation des patients partenaires et des membres du public en recherche, Montréal, Canada.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU PATIENT PARTENAIRE

Section 5 du Guide de démarrage au partenariat avec les patients et le public:

FRÉQUENCE D'IMPLICATION ET DURÉE DU MANDAT POUR LE PATIENT PARTENAIRE

Section 4 du Guide de démarrage au partenariat avec les patients et le public:

DÉDOMMAGEMENT FINANCIER POUR LA PARTICIPATION DU PATIENT PARTENAIRE OU DU MEMBRE DU PUBLIC EN RECHERCHE

Section 6 du Guide de démarrage au partenariat avec les patients et le public³:

AUTRES CONSIDÉRATIONS (EX. : ACCÈS AUX FAUTEUILS ROULANTS, SANS MOYEN DE TRANSPORT, BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE SOCIALE, AUTRES BESOINS SPÉCIFIQUES, ETC.)

³ Références :

- Principes directeurs – Dédommagement financier pour la participation des patients partenaire et des membres du public en recherche de l'Unité SOUTIEN SRAP du Québec
- Politique de remboursement des frais de déplacement de l'Unité SOUTIEN SRAP du Québec

Signatures

Nom : _____
(Personne responsable au sein de l'organisation /
du projet)

Organisation /
projet : _____

Coordonnées

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Courriel : _____

Signature : _____

Date :

Nom : _____
(Patient partenaire ou membre du public)

Informations
additionnelles : _____

Coordonnées

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Courriel : _____

Signature : _____

Date :