

Certificat médical renseigné par le médecin prescripteur

Certificat médicale de participation à une étude clinique

Docteur/Doctoresse :(obligatoire)

Adresse :.....(obligatoire)

Téléphone :(obligatoire)

Email :(obligatoire)

Concerne le(a) patient(e) :(obligatoire)

Nom(s) et doses de la/des benzodiazépine(s) ou apparentée(s) prescrit(s) à visée hypnotique :
.....(obligatoire)

Je soussigné(e), Dr (votre prénom et votre nom) ai été informé(e) de la volonté de mon(ma) patient(e) dénommé(e) ci-dessus de participer au protocole de recherche intitulé « *Télépsychologie pour le sevrage des benzodiazépines et apparentées chez l'insomniaque adulte* », enregistrée sous le numéro ID RCB : 2021-A00196-35 et approuvée par les comités de protection des personnes de EST1 le 05/05/2021 (dossier n°21.02.17.74733). J'ai été informé(e) du déroulement général de l'étude et de ses objectifs, bénéfiques et contraintes.

Je déclare ne voir aucune contre-indication clinique à ce que mon(ma) patient(e) dénommé(e) ci-dessus participe à cette étude. Je prends note que je peux demander à tout moment d'interrompre sa réduction de benzodiazépines et apparentées si je juge cette décision cliniquement appropriée. Je m'engage alors à en informer les investigateurs et à leur communiquer les motifs de sortie d'étude. Je note que les investigateurs s'engagent à m'envoyer par email les résultats de mon(ma) patient(e) dénommé(e) ci-dessus 3 mois, 12 mois et 24 mois après la fin du programme.

Je déconseille à mon(ma) patient(e) de participer à cette étude, pour le(s) motif(s) suivant(s) :
.....
.....
.....

Fait à, le/...../.....

Signature et tampon (obligatoire)