|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFO** **COORDONNATRICE** (nom de la coordonnatrice)**CONTACT**(numéro téléphone)**INVESTIGATRICES PRINCIPALES**DRE LESLEY FELLOWSDRE MARIE-JOSÉE BROUILLETTEDRE NANCY MAYO

|  |  |
| --- | --- |
| Internet world Free Icon | www.brainhealthnow.mcgill.ca |
| Close envelope Free Icon | pozbhn.med@mcgill.ca |

 | Image result for brain healthVous êtes invité(e) à participer à une étude sur la santé du cerveau. **VOTRE PARTICIPATION EST VOLONTAIRE.** Vous n’êtes pas obligé à participer si vous ne le désirez pas.Le but de cette étude est de comprendre comment votre état de santé affecte le cerveau et comment ceci affecte vos activités quotidiennes.900 personnes au total à travers le Canada participeront dans cette étude.Si vous désirez participer à cette étude, vous devrez rencontrer une assistante de recherche 4 fois durant une période de 36 mois (à chaque 12 mois). Ces visites peuvent avoir lieu en même temps que vos visites médicales, mais prendront un peu plus de temps. Si vous décidez de participer, vous recevrez 40$ par visite afin de vous aider à couvrir vos frais de transport, stationnement ou garde d’enfants. |
| **SVP compléter le verso 🡪** |

**Acceptez-vous de rencontrer une assistante de recherche pour avoir plus d’information sur l’étude?**

**OUI**

**Si vous êtes intéressé(e) à participer, veuillez indiquer vos coordonnées ci-dessous et remettre le formulaire à la réception.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numéro de téléphone:** |  |
| **Courriel:** |  |

 **NON**

**Si vous n'êtes PAS intéressé à participer, l'équipe de recherche ne vous contactera pas. Il serait néanmoins utile pour l’équipe de recherche d’avoir un profil des participants potentiels qui ne souhaitent pas participer et de la raison de leur refus. Si vous préférez ne pas répondre aux questions suivantes, veuillez retourner le formulaire NON REMPLI à la réception. Si vous acceptez de répondre, veuillez REMPLIR le questionnaire ci-dessous et le retourner à la réception.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Occupez-vous présentement un emploi?**  | Oui Non |
| **Quel est le plus haut niveau d’études que vous avez complété?**  | École primaireÉcole secondaireCÉGEP/Collège, diplôme technique ou professionnelCertificat universitaire, Baccalauréat (Études de premier cycle)Études de deuxième ou troisième cycle (Maîtrise, Doctorat) ou niveau professionnel (Médecine, droit, …) Autre; Précisez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Oubliez-vous de faire des tâches tel que d’éteindre le four ou d’allumer votre réveil matin?** | Jamais  Rarement  Parfois  Quelques fois Presque toujours |
| **Eu de la difficulté à vous souvenir du nom des gens, même de ceux que vous avez rencontrés plusieurs fois?** | Jamais  Rarement  Parfois  Quelques fois Presque toujours |

 **Raison du refus de participer:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Veuillez noter que les informations que vous fournissez resteront confidentielles.