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

Ce formulaire s’applique aux demandes de modifications aux protocoles déjà approuvés.

Les procédures révisées ne devraient pas être utilisées avant la réception de l’approbation.

Veuillez noter que certains changements pourraient nécessiter une revue à risque minimal ou une évaluation complète par le CÉR.

N.B. Toutes les boîtes ci-dessous peuvent s’élargir pour accommoder votre texte.

|  |
| --- |
| **Informations sur le projet** |
| Numéro du dossier d’éthique :       |
| Titre du projet de recherche :       |
| Date initiale de l’approbation : Click or tap to enter a date. |
| Date de renouvellement (si applicable) :       |
| Est-ce que le projet de recherche a reçu un financement ?[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  En coursSi OUI, nom de l’agence subventionnaire :       |

|  |
| --- |
| **Nom du chercheur principal (ou du superviseur)****(Note:** s’il s’agit d’un projet étudiant, veuillez indiquer le nom de votre superviseur) |
| **Nom** :        |
| Faculté :       | Courriel :        |
| Départment / École :       | Téléphone :       |
|  |
| **Équipe de recherche et étudiants (4e année, maîtrise ou doctorat)****(Note:** veuillez ajouter une feuille séparée si l’équipe de recherche comprend plus que deux membres) |
| **Nom :**       |
| **Rôle au sein du projet :** [ ]  Co-chercheur principal [ ]  Coordonnateur de recherche[ ]  Superviseur [ ]  Co-superviseur[ ]  Co-chercheur [ ]  Collaborateur[ ]  Assistant de recherche [ ]  Autre :       |
| Faculté :       | Courriel :       |
| Département / École :      Université :       | Téléphone :       |
| **Nom :**        |
| **Rôle au sein du projet :** [ ]  Co-chercheur principal [ ]  Coordonnateur de recherche[ ]  Superviseur [ ]  Co-superviseur[ ]  Co-chercheur [ ]  Collaborateur[ ]  Assistant de recherche [ ]  Autre :       |
| Faculté :       | Courriel :       |
| Département / École :       | Téléphone :       |

|  |
| --- |
| **Est-ce que des membres de l’équipe sont partis ou ont été ajoutés à l’équipe ?**[ ]  Oui [ ]  Non**Si OUI, veuillez fournir leurs noms, leurs rôles au sein du projet ainsi que leurs coordonnées (pour un nouveau membre de l’équipe de recherche).**      |

|  |
| --- |
| **Langue de correspondance préférée :**  [ ]  Français [ ]  Anglais |

**NOTE : Veuillez répondre à toutes les questions ci-dessous**

|  |
| --- |
| 1. **Veuillez cocher les modifications que vous souhaitez apporter à votre projet de recherche.**
 |
| [ ]  Processus de recrutement des participants[ ]  Échantillon de participants / Population visée[ ]  Formulaires de consentement / Feuilles d’information[ ]  Instruments de recherche (ex. questionnaires, etc.) | [ ]  Plan d’expérience ou méthodologie [ ]  Confidentialité des données / Mesures de sécurité[ ]  Emplacement de l’étude[ ]  Changement de l’équipe de recherche[ ]  Autres (veuillez spécifier) :       |
| Si vous avez coché une des cases ci-dessus, veuillez détailler chaque modification demandée et d’expliquer pourquoi elle est nécessaire et comment elle diffère de la procédure initialement approuvée :     **Veuillez soumettre une copie de ce formulaire ainsi que tout document modifié (ex. questionnaire, formulaire de consentement, etc.) et mettre en surbrillance les sections révisées ou ajoutées. Prière de ne pas agrafer vos documents.**  |
| 1. **Des problèmes inattendus ou des évènements indésirables liés à la participation d’êtres humains sont-ils survenus dans votre projet ?**

[ ]  Oui [ ]  NonSi vous avez répondu **‘’OUI’’**, veuillez décrire les problèmes rencontrés :       |

|  |
| --- |
| **Attestation** |
| [ ]  Par la présente, j’accepte de me conformer aux lignes directrices et règles de conduite des Comités d’éthique de la recherche de l’Université Saint-Paul, de l’[Énoncé de politique des trois conseils (EPTC 2)](http://pre.ethics.gc.ca/fra/policy-politique_tcps2-eptc2_2018.html), de ma profession ou discipline et de l’établissement où l’étude sera effectuée. Je comprends la responsabilité qui m’incombe de connaître ces normes. De plus, je m’engage à informer le Comité d’éthique concerné de tout changement dans l’utilisation de données qui subviendrait à toute étape de la recherche et de répondre à toute demande en ce sens de la part du Comité d’éthique. |
| [ ]  Je demande l’approbation déontologique des modifications / révisions élaborées ci-dessus. Tous les documents et procédures modifiés sont ci-joints pour la revue et l’approbation du CÉR.  |

Signature :        Date :

Nom en caractères d’imprimerie :

Signature :       Date :

Nom en caractères d’imprimerie :

Signature :       Date :

Nom en caractères d’imprimerie :

**Faire parvenir au :** Bureau de la recherche et de la déontologie

Université Saint-Paul (pavillon Guigues)

223, rue Main, pièce G166

Ottawa (Ontario) K1S 1C4
Canada
Courriel : mkouachi@ustpaul.ca

Téléphone : 613-236-1393 poste 2323