nutritionDay
WORLDWIDE

Formulaire d'information et de consentement du patient

Cher Patient,

"nutritionDay dans le monde entier"

Nous vous invitons à participer à cette enquête d'une journée qui sera réalisée, le même jour, à travers le monde dans de nombreux hôpitaux et unités différents. Nous espérons recruter plusieurs milliers de patients.

Votre participation est volontaire et vous avez la possibilité de retirer votre accord de participation à tout moment sans aucun risque de changement de votre traitement médical actuel. Si vous acceptez de participer après avoir lu la feuille d'information, y compris vos droits en tant que patient, veuillez remplir le questionnaire.

Le comité d'éthique de votre hôpital a donné un avis favorable à ce projet.

Le but de cette enquête est d'évaluer un jour donné comment la nutrition des patients est prise en charge dans les hôpitaux du monde entier. Les informations que nous collecterons aideront les hôpitaux à améliorer les pratiques liées à la nutrition de leurs patients. De plus, la base de données permettra de créer une référence pour les projets indépendants de contrôle de qualité.

L'enquête se base sur trois questionnaires. Le questionnaire pour le patient consiste en une feuille que nous vous demandons de remplir durant le jour d'audit. Cela vous prendra approximativement 20 minutes.

La fiche "patient" que nous vous demandons de compléter comprend 3 pages:

La **première feuille** concerne votre poids et son évolution au cours des 3 à 6 derniers mois. Nous aimerions également savoir ce que vous avez mangé durant la dernière semaine avant votre admission à l'hôpital.

La **seconde feuille** nous indiquera ce que vous avez mangé et bu durant le "nutritionDay" ainsi que les raisons pour lesquelles vous n'avez pas mangé tout ce que l'on vous proposait.

Si vous souffrez d'un cancer, une feuille supplémentaire vous sera distribuée. La **troisième feuille** concerne votre comportement alimentaire, votre poids, votre appétit et votre niveau d'activité.

Si vous avez des questions ou si vous éprouvez des difficultés pour remplir le questionnaire, n'hésitez pas à contacter le personnel de l'unité de soins.

De plus, le personnel de l'unité de soins nous fournira des informations de base concernant votre diagnostic et votre traitement. Ils le feront à l'aide d'un questionnaire supplémentaire.

Nous voudrions attirons votre attention sur le fait que ce questionnaire est disponible dans la plupart des langues européennes. Si vous préférez compléter ce questionnaire dans une autre langue, veuillez en informer l'équipe soignante qui vous le fournira.

Toutes ces informations seront collectées anonymement càd **sans aucune possibilité d'identification** telles que votre nom ou votre date de naissance. Il est extrêmement important que votre anonymat soit assuré. Seul, le personnel soignant peut avoir accès aux informations où votre nom apparaît.

Le transfert des données au centre coordinateur se fait uniquement pour permettre l'analyse statistique, votre nom n'apparaîtra pas. Au cours de la publication des analyses, vous ne serez jamais nommé.

La personne responsable dont le nom figure ci-dessous se tient à votre disposition pour répondre aux questions supplémentaires que vous vous posez à ce sujet. S'ils ne sont pas présent actuellement dans la salle, vous pouvez contacter un autre membre de la salle pour venir vous aider:

1ère personne de contact: ……

Numéro de téléphone/bip: ……

2ème personne de contact: ……

Numéro de téléphone/bip: ……

Si vous ne désirez pas participer à ce projet, nous vous prions de bien vouloir tracer une ligne sur le questionnaire que vous avez reçu, le signer et le rendre à un membre de votre équipe soignante. Aucune différence ne sera faite en ce qui concerne le traitement que vous recevez.

J'ai lu cette lettre et je suis d'accord/ne suis pas d'accord de prendre part à ce projet.

Nom du patient: .....

Signature: .....