

Comité National d'éthique du Cameroun.

Dossier de soumission d'un nouveau protocole à évaluer.

Titre du protocole : _____

Date de soumission _____ Nom de l'Investigateur principal _____
_____ Tél _____ Email _____ Institut _____
_____ Numéro dossier _____

N°	Eléments du dossier	Présence
1	Demande adressée au Président du comté	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	04 exemplaires de Protocole signé de l'investigateur principal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	Notice d'information et fiche de consentement éclairé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
4	Outils de collecte de données	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
5	Budget détaillé du protocole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	CVs de l'Investigateur principal et de tous les co investigateurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	Accord de la structure de santé où sera mise en œuvre l'étude	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
8	Reçu frais d'évaluation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	Source de financement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour les essais cliniques		
8	Brochure de l'investigateur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	Assurance couvrant les dommages sur les participants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
10	Assurance couvrant les erreurs dans la mise en œuvre du protocole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
11	Accord pour l'accès au traitement à la fin de l'essai	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
Pour les études dont le promoteur est à l'étranger		
12	Clearance éthique d'un comité d'éthique compétant du pays promoteur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
13	Accord pour transfert des données biologiques ; Material Transfert Agreement (MTA)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
14	Accord pour l'accès aux données de l'étude ; Data Sharing Agreement (DSA).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA

Signature de la secrétaire _____

Copies remise à l'investigateur principal ou son représentant et une autre archivée.