



## INFORMED CONSENT FORM

**Patients or their guardians have the right to refuse to sign this consent form.  
Refusal to sign this form will NOT affect their care in any way.**

I (we) give my (our) consent for the case information and/or images to be displayed at the Canadian Paediatric Society (CPS) Annual Conference, according to the following:

- I (we) have read or have been offered an opportunity to read the case's material.
- I (we) understand that both the printed poster and the electronic submission outlining the case may be seen by the general public.
- I (we) understand that my (our) name(s) and initials, as well as those of my (our) child's, will not be published and that all efforts have been made to conceal our identities; however, the facts of the case are such that anonymity cannot be guaranteed.

Name (please print) \_\_\_\_\_

*If you are not the patient, what is your relationship to him/her?* \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

----- *To be completed by clinical case author* -----

Submission Title: \_\_\_\_\_

Author(s): \_\_\_\_\_

*Authors: Please upload the signed form via the [submission portal](#) during submission or email to [meetings@cps.ca](mailto:meetings@cps.ca)*



**VANCOUVER**  
JUNE 6-8  
DU 6 AU 8 JUIN **2024**

## AUTORISATION DE PUBLIER

**Les patients ou leur tuteur ont le droit de refuser de signer ce formulaire de consentement.  
Le refus de signer ce formulaire n'influera d'AUCUNE façon sur leurs soins.**

Je consens (nous consentons) à l'affichage de cette information ou de ces images au congrès annuel de la SCP, selon ce qui suit:

- J'ai (nous avons) lu le document qui sera publié.
- Je comprends (nous comprenons) que l'affiche imprimée et la soumission électronique décrivant l'affaire peuvent être vues par le public.
- Je comprends (nous comprenons) que mon (notre) nom et mes (nos) initiales, ainsi que ceux de mon (notre) enfant, ne seront pas publiés, et toutes les mesures ont été prises pour dissimuler mon (notre) identité, mais les faits de mon (notre) cas sont tels qu'il est impossible de garantir mon (notre) anonymat.

Nom (en lettres moulées) \_\_\_\_\_

*Si vous n'êtes pas le patient, quelle est votre relation avec lui?* \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

----- À remplir par l'auteur du cas clinique -----

Titre de la soumission : \_\_\_\_\_

Auteur (s) : \_\_\_\_\_

*Auteurs : Téléchargez le formulaire rempli via le [portail de soumission](#) ou envoyez à [meetings@cps.ca](mailto:meetings@cps.ca)*