

Nazwa praktyki
ID Praktyki

Tytuł, imię i nazwisko Adres
Data urodzenia Nr NHS

Badania GENVASC
BADANIA W ZAKRESIE GENETYKI I CHORÓB UKŁADU
KRAŻENIA
FORMULARZ ZGODY NA UCZESTNICTWO WYRAŻONEJ
BEZ ŚWIADKÓW V 1.1 12/09/2013

Jeżeli są Państwo zainteresowani wzięciem udziału, prosimy wypełnić formularz i przynieść go ze sobą na **następną wizytę (badanie kontrolne lub pomiar ciśnienia tętniczego krwi)** – prosimy przekazać formularz osobie, która prowadzi wizytę.

Prosimy postawić znak "X" przy każdym oświadczeniu, aby potwierdzić, że wyrażają Państwo zgodę

		TAK	NIE
1.	Przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am Ulotkę Informacyjną ds. Uczestnictwa, wersja 4.0, z dnia 12 września 2013 roku.		
2.	Zgadzam się przekazać próbki krwi i wyrażam zgodę na wykorzystanie ich w prowadzonych badaniach w zakresie chorób serca i naczyń krwionośnych (z uwzględnieniem badań DNA). Rozumiem, że przekazanie próbek jest dobrowolne i nie otrzymam na ich temat żadnych indywidualnych informacji.		
3.	Wyrażam zgodę na przechowywanie moich próbek krwi do przyszłych badań w zakresie chorób serca i naczyń krwionośnych.		
4.	Wyrażam zgodę na przechowywanie i wykorzystywanie do celów badawczych mojej dokumentacji medycznej. Rozumiem, że moja tożsamość będzie chroniona, a świadczona na moją rzecz opieka medyczna pozostanie poufna.		
5.	Rozumiem, że sponsor badań i stosowne władze będą mieli zapewniony dostęp do mojej dokumentacji medycznej, aby monitorować przebieg badań.		
6.	Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego numeru NHS w celu uzyskania informacji na temat mojej obecnej sytuacji medycznej.		
7.	NIEOBOWIĄZKOWE Wyrażam zgodę, aby członkowie zespołu badawczego kontaktowali się ze mną w przyszłości, jeżeli prowadzone będą odpowiednie dla mnie badania, w których mogę zechcieć brać udział. Rozumiem, że nie mam obowiązku godzić się na udział w takich badaniach. Mój adres poczty elektronicznej:		

PONIŻSZE POLA (z wyjątkiem podpisu) MUSZĄ ZOSTAĆ WYPEŁNIONE ODREČNIE, WIELKIMI LITERAMI

Imię i nazwisko pacjenta: *(Wielkimi literami)*

Adres:

Miasto:

Kod pocztowy: _____

Data urodzenia:

Podpis:

Data: *(dd/mm/rrrr)*

Arkusz1: akta, Arkusz2: próbka, Arkusz3: notatki medyczne GP, Arkusz4: pacjent

Wszelkie pytania dotyczące projektu należy kierować do:

Leicester Cardiovascular Biomedical Research Unit.
Department of Cardiovascular Sciences, Clinical Science Wing.
Glenfield Hospital, Groby Road. Leicester. LE3 9QP. UK
Nr tel.: 0116 2580 3385 // email: lcbru@le.ac.uk
UWICF wersja 1.1, 12/09/2013