

Nazwa praktyki
ID Praktyki

Badania GENVASC
BADANIA W ZAKRESIE GENETYKI I CHORÓB
UKŁADU KRĄŻENIA

Tytuł, Imię i nazwisko pacjenta
Adres

Data urodzenia
Nr NHS

FORMULARZ ZGODY NA UCZESTNICTWO 4.2 (12 WRZEŚNIA 2013)

Prosimy postawić swoje inicjały przy każdym oświadczeniu, aby potwierdzić, że wyrażają Państwo zgodę

1.	Przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am Skróconą Kartę Informacyjną ds. Uczestnictwa, wersja 3.0, z dnia 12 września 2013 roku oraz otrzymałem/-am Ulotkę Informacyjną ds. Uczestnictwa, <u>wersja 4.0, z dnia 12 września 2013 roku.</u>	
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.	

Prosimy postawić swój inicjał przy poniższym oświadczeniu, aby potwierdzić, że wyrażają Państwo zgodę lub X, jeżeli nie udzielają Państwo zgody

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 ODRĘCZNIE, WIELKIMI LITERAMI

Imię i nazwisko pacjenta: _____ (Wielkimi literami) Osoba rejestrująca zgodę: _____ (Wielkimi literami)
 Stanowisko: _____ (np., GP, pielęgniarka)
 Podpis: _____ Podpis: _____
 Data: (dd/mm/rrrr) _____ 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 2583385 // e-mail: genvasc@le.ac.uk
 PISICF wersja 4.2, 12 września 2013