

Nazwa praktyki
ID Praktyki

Badania GENVASC
BADANIA W ZAKRESIE GENETYKI I CHORÓB
UKŁADU KRAŻENIA

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/yyyy) _____ Data: _____ (dd/mm/yyyy)

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