

ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Я, нижеподписавшийся (шаяся),

(ФИО полностью) _____,

Проживающий(ая) по адресу _____,

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет или недееспособных граждан.

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, попечитель, опекун)

- ФИО полностью _____

Даю свое добровольное согласие на свое участие и/или участие моего несовершеннолетнего ребенка в исследовании «Серологический мониторинг за населением в условиях резкого обострения эпидемиологической обстановки по новой коронавирусной инфекции».

Врач-исследователь Басов Артем Александрович.

Я получил(ла) исчерпывающие разъяснения от сотрудника, который обсуждал со мной вопрос о моем участии и/или участии моего несовершеннолетнего ребенка в исследовании, по поводу характера, целей и продолжительности данного исследования.

Я подтверждаю, что полностью прочитал(а) и понял(а) прилагаемую информацию. Мне была предоставлена полная и понятная информация для участника исследования. У меня была возможность задать все возникшие вопросы.

Я понимаю, что мое участие и/или участие моего несовершеннолетнего ребенка в этом исследовании добровольное. Я могу в любое время и без объяснения причин забрать свое согласие, и это не повлечет никаких нежелательных последствий для моего здоровья и последующего медицинского наблюдения.

Я понимаю, что уполномоченные представители контролирующих организаций и этического комитета могут ознакомиться с некоторыми разделами моей и/или моего несовершеннолетнего ребёнка медицинской документации, относящейся к моему участию и/или участию моего ребёнка в данном исследовании. Своей подписью я предоставляю им право доступа к моей и/или моего несовершеннолетнего ребенка медицинской документации.

Я понимаю, что в ходе данного исследования будет собрана информация, которая будет рассматриваться как конфиденциальная. Никому и никогда не будет сообщаться мое имя и/или моего несовершеннолетнего ребенка.

Я не буду пытаться ограничить возможное использование результатов исследования.

Я согласен(на) принять участие в данном исследовании и сотрудничать с врачом-исследователем Басов Артем Александрович при необходимости с уполномоченными сотрудниками из его/ее группы.

Я даю добровольное согласие на проведение мне и/или моему несовершеннолетнему ребёнку медицинского вмешательства - взятия крови из вены.

Я обязуюсь немедленно сообщать обо всех замеченных отклонениях от нормы в состоянии своего здоровья и/или здоровья моего несовершеннолетнего ребенка.

Я согласен(на) с тем, что мой участковый врач или другие врачи, ответственные за мое и/или моего несовершеннолетнего ребенка лечение, будут проинформированы о моем и/или моего несовершеннолетнего ребенка участии в данном исследовании.

Я согласен(на) с тем, что врач-исследователь может обратиться к моим родственникам или знакомым, лечащему/участковому врачу или другим медицинским специалистам, для получения информации о состоянии моего и/или моего несовершеннолетнего ребенка здоровья, если это будет необходимо для выполнения данного исследования.

Я согласен(на) с тем, что результат моего анализа и/или анализа моего несовершеннолетнего ребенка будет выслан на мою электронную почту, указанную мною в Анкете.

Я получил(а) подписанный экземпляр этой Формы информации для пациента и согласия на участие в исследовании.

Я подтверждаю свое бессрочное согласие на обработку (сбор, хранение, систематизацию, учет, передачу, накопление, хранение) моих персональных данных и/или персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка, а также, в случае участия в исследовании лица, законным представителем которого я являюсь – персональных данных указанного лица, а именно гражданства, фамилии, имени, отчества, пола, места проживания, длительности проживания по месту жительства, даты рождения, номера телефона, адреса электронной почты, места работы, сведений из истории болезни, медицинского диагноза, результатов исследования (равно и иных, связанных с моим здоровьем сведений, либо сведений о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь) для целей исследования.

Я даю свое согласие на использование факсимиле при подписании данного документа.

Имя и фамилия пациента (законного представителя)	Дата	Подпись
Басов Артем Александрович	Дата	Подпись