

Інформована добровільна згода пацієнта

Я, що нижче підписався(лася)

_____ (прізвище, ім'я, по-батькові)

проживаю (адреса) _____

згідний прийняти участь в проведенні наукового експериментального/ клінічного дослідження

Я детально інформований лікарем _____

(прізвище, ім'я, по-батькові)

котрий проводить дане дослідження, про мету та можливі терміни дослідження. Я мав(ла) можливість поставити йому запитання про всі аспекти дослідження. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття. Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Отримавши пояснення, я повністю згоден (на) співпрацювати з лікуючим лікарем та негайно інформувати його про будь-які порушення мого самопочуття.

Я інформований(на) про те, що можу вийти з дослідження на будь-якому етапі.

Я знаю, що відомості про мою участь в дослідженні залишаються строго конфіденційними.

Я погоджуюсь із використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних".

Підпис дослідника _____

„Прочитав і згоден“

„___” _____ 20 р.

Підпис учасника _____