### Formularz DEKLARACJI konsulenta

[affix\_barcode]

Wersja: 4.0, 8 listopada 2023 r.

Lokalny główny badacz: [local\_lead\_investigator\_name]

Główny badacz: Dr JK Baillie, University of Edinburgh

|  |
| --- |
| * Przeczytałem arkusz informacyjny (wersja 4.0 – 8 listopada 2023 r.) dotyczący tego badania (lub przeczytano mi go). Rozumiem jego treść i miałem okazję zadawać pytania.
* Moim zdaniem pacjent nie miałby nic przeciwko dostarczeniu próbki DNA i analizie tej próbki pod kątem czynników genetycznych ważnych w krytycznej chorobie.
* W każdej chwili mogę wycofać pacjenta z badania bez podania przyczyny.
* Choć udział w tym badaniu nie wiąże się z żadnymi bezpośrednimi korzyściami, mamy nadzieję pomóc innym, którzy poważnie zachorują w przyszłości. Istnieje bardzo mała możliwość, że w wyniku tych badań pojawią się ustalenia istotne dla pacjenta. Istnieje proces, za pomocą którego można o tym poinformować pacjenta.
* DNA pacjenta i dane pochodzące z jego DNA, w tym cała sekwencja genomu, mogą być przechowywane i wykorzystywane do przyszłych badań. Badacze mogą obejmować krajowych lub międzynarodowych naukowców, firmy i pracowników NHS. Aby uzyskać dostęp do danych, wszyscy badacze muszą zostać zatwierdzeni przez niezależną komisję ekspertów, w tym lekarzy, naukowców i pacjentów. Do danych nie będą mieli dostępu ubezpieczyciele ani firmy marketingowe.
* Różne aspekty danych dotyczących zdrowia pacjenta będą gromadzone przez badaczy z GenOMICC, sponsora badania (NHS Lothian i Uniwersytet w Edynburgu) oraz organizacje partnerskie.
* Zgadzam się, że badacze tego badania mogą w przyszłości kontaktować się z pacjentem, aby wziąć udział w przyszłych badaniach naukowych, w tym badaniach klinicznych i badaniach niezwiązanych z krytyczną chorobą.
 |
| Potwierdzam, że jestem konsultantem dla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacja z uczestnikiem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Podpisz tutaj, aby zaznaczyć, że zgadzasz się z powyższymi oświadczeniami:**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_WIELKIMI LITERAMI imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Podpis osoby odbierającej zgodęData: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_WIELKIMI LITERAMI Imię i nazwisko konsultanta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Podpis konsultantaData: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Jeśli konsultant nie może pisać ani odczytać formularza:*** Nie jestem zaangażowany w to badanie badawcze i zaświadczam, że informacje dotyczące tych badań zostały dokładnie wyjaśnione uczestnikowi w zrozumiałym dla niego języku oraz że konsultant dobrowolnie wyraził świadomą zgodę. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_WIELKIMI LITERAMI imię i nazwisko świadka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Podpis świadkaData: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Oryginał ma być zachowany z dokumentacją. Jeden egzemplarz do przekazania konsultantowi.