### DEKLARACJA - formularz dla konsultanta

[affix\_barcode]

Wersja: 5, 23 października 2024 r.

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

Główny badacz: Prof. J.K. Baillie, Uniwersytet w Edynburgu

|  |
| --- |
| * Przeczytałem/-am arkusz informacyjny (v5 - 23 października 2024 r.) dotyczący tego badania (lub został on mi przeczytany). Rozumiem jego treść i miałem/-am możliwość zadania pytań. * Moim zdaniem pacjent nie miałby nic przeciwko dostarczeniu próbki DNA i poddaniu jej analizie w celu wykrycia czynników genetycznych istotnych w przypadku choroby krytycznej. * Mogę w każdej chwili wycofać pacjenta z badania bez podania przyczyny. * Choć udział w badaniu nie wiąże się z żadnymi bezpośrednimi korzyściami, mamy nadzieję w przyszłości pomóc innym osobom, które poważnie zachorują. Istnieje bardzo mała szansa, że podczas badania uzyskamy wyniki, które będą istotne dla pacjenta. Istnieje proces, dzięki któremu pacjent może zostać o tym poinformowany. * DNA pacjenta i dane pochodzące z DNA, w tym cała sekwencja genomu, mogą być przechowywane i wykorzystywane do przyszłych badań. Wśród badaczy mogą być krajowi i międzynarodowi naukowcy, firmy i pracownicy NHS. Aby uzyskać dostęp do danych, wszyscy naukowcy muszą zostać zatwierdzeni przez niezależny komitet ekspertów składający się z lekarzy, naukowców i pacjentów. Firmy ubezpieczeniowe ani marketingowe nie będą miały dostępu do danych. * Różne aspekty danych zdrowotnych pacjenta będą gromadzone przez badaczy GenOMICC, sponsorów badania (NHS Lothian i Uniwersytet w Edynburgu) oraz organizacje partnerskie. * Wyrażam zgodę na to, aby badacze tego badania mogli w przyszłości kontaktować się z pacjentem w celu wzięcia udziału w przyszłych badaniach naukowych, w tym badaniach klinicznych i badaniach niezwiązanych z chorobą krytyczną. |
| Potwierdzam, że jestem konsultantem dla\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Relacja z pacjentem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nazwisko osoby odbierającej zgodę  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis osoby odbierającej zgodę  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Imię i nazwisko konsultanta  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis konsultanta  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Jeżeli konsultant nie może pisać lub odczytać formularza:***  Nie biorę udziału w tym badaniu naukowym i zaświadczam, że informacje dotyczące tego badania zostały dokładnie wyjaśnione uczestnikowi w zrozumiałym dla niego języku oraz że najbliższy krewny/pełnomocnik (konsultant) odpowiedzialny za dobro pacjenta dobrowolnie wyraził świadomą zgodę. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Imię i nazwisko świadka  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis świadka  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Oryginał zachować w dokumentacji. Jeden egzemplarz przekazać pełnomocnikowi/krewnemu (konsultantowi) pacjenta.