### 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 zgodęData: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Imię i nazwisko konsultanta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Podpis konsultantaData: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| ***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 świadkaData: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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