

«Информация для пациента и информированное согласие на использование стволовых стромальных
клеток косного мозга пациента

в научном исследовании

Исполнители: к.м.н. Емельянов А.Н., к.м.н. доц. Борисова М.В., д.м.н. проф. Кирьянова В.В.

Информация для пациента

1. Исследование будет проведено на части клеток отделённой от костного мозга, взятого в процессе плановой диагностической пункции подвздошной кости.
2. Плановая диагностическая пункция подвздошной кости, после которой часть клеток будет использована для данного исследования, не будет отличаться ни по времени, ни по технике исполнения от стандартной диагностической пункции (после которой клетки не берут для данного исследования). Целью работы является исследование возможности управлять с помощью электромагнитного поля стволовыми клетками для восстановления повреждённых в результате болезни или травмы органов и тканей. Исследуется постоянное магнитное поле в пределах 10-100 мкТл.
3. Часть клеток костного мозга (6 мл), взятого в процессе плановой диагностической пункции, будет размножена специальными способами. Полученные клетки будут использоваться для проведения исследования.
4. Поскольку процедура, после которой часть клеток отбирается для исследования, ничем не отличается от плановой процедуры, никаких дополнительных рисков нет.
5. Поскольку процедура, после которой часть клеток отбирается для исследования, ничем не отличается от плановой процедуры, никаких специальных дополнительных требований к пациенту нет.
6. Дополнительную информацию можно получить по телефону 8(964)3273960.
7. Все персональные данные будут сохранены в тайне.
8. Участие в исследовании добровольное. Пациент может прервать участие в исследовании в любое время.

Подпись пациента или его законного представителя

С информацией ознакомлен(а) _____ / _____ / _____ /

Врач Емельянов А.Н. _____ / _____ / _____ /

Информированное согласие пациента:

Я, _____ согласен(на) на проведение научного исследования к.м.н. Емельянова А.Н., к.м.н. доц. Борисовой М.В., д.м.н. проф. Кирьяновой В.В. (далее Исследование) с моими стволовыми клетками. Я предоставляю ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России право на обработку моих и/или Пациента персональных данных и использования результатов обследования и лечения в Исследовании.

Подпись пациента или его законного представителя

_____ / _____ / _____ /

Пациенту предоставляется возможность задавать любые вопросы, касающиеся Исследования, и получить на них исчерпывающие ответы.

Пациент или, в случаях предусмотренных законодательством, его законный представитель могут получить подписанный врачом-исследователем и им лично (либо, в соответствии с законодательством, его законным представителем) экземпляра документа - информации и информированного согласия.

Врач Емельянов А.Н. _____ / _____ / _____ /