

ΕΓΓΡΑΦΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ημερομηνία: 7/5/18
Αριθμός Ασθενούς: 198

Τίτλος της μελέτης

Η διαδραστική αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών από τους γονείς πριν την επίσκεψη του παιδιού τους στην πανεπιστημιακή παιδοχειρουργική κλινική του νοσοκομρίου Αλεξανδρούπολης

Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να ερωτηθούν κατά πόσο αναζητούν πληροφορίες οι γονείς ασθενών στα προβλήματα υγείας τους, από πού τις αναζητούν και αν επιθυμούν να χορηγηθούν έχοντας πληθυσμό αυτών των γονέων

1. Διάβασα το έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης για αυτή την μελέτη. Έλαβα μια εξήγηση για το σκοπό, τη διάρκεια και το πιθανό όφελος της μελέτης και το τι θα αναμένεται να κάνω. Οι απορίες μου απαντήθηκαν ικανοποιητικά.
2. Συμφωνώ να πάρω μέρος σε αυτή την μελέτη.
3. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στην μελέτη είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος/η να αποσυρθώ οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να δώσω οποιαδήποτε δικαιολογία, χωρίς να επηρεαστεί η ιατρική μου φροντίδα ή τα νόμιμα δικαιώματά μου.
4. Η Ανεξάρτητη Επιτροπή Δεοντολογίας/Συμβούλιο Θεσμικής Επιθεώρησης ή τοπικές ρυθμιστικές αρχές σύμφωνα με τους τοπικούς κανονισμούς μπορεί να θελήσουν να εξετάσουν το ιατρικό μου φάκελο για να επαληθεύσουν τις πληροφορίες που έχουν συγκεντρωθεί. Υπογράφοντας το παρόν έγγραφο, παρέχω την άδεια για αυτή την εξέταση του φακέλου μου.
5. Κατανοώ την περιγραφή στο παρόν έγγραφο που αφορά στο μέτρο στο οποίο οι προστατευμένες πληροφορίες σχετικά με την υγεία μου θα χρησιμοποιηθούν ή θα αποκαλυφθούν για μελέτη σε σχέση με έρευνα. Επίσης κατανοώ την περιγραφή στο παρόν έγγραφο που αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι προστατευμένες πληροφορίες σχετικοί με την υγεία μου θα χρησιμοποιηθούν ή θα αποκαλυφθούν.

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____
(κεφαλαία γράμματα) (κεφαλαία γράμματα)

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: 7/5/18
(να συμπληρωθεί από τον ασθενή τη στιγμή της συγκατάθεσης)

Θεράπων ιατρός ή άτομο που πραγματοποίησε την συζήτηση για την παροχή συγκατάθεσης.
Βεβαιώνω ότι έχω προσωπικά εξηγήσει τη φύση, το σκοπό, τη διάρκεια, και τις προβλεπόμενες επιδράσεις και τους κινδύνους της μελέτης στο άτομο που αναφέρεται πιο πάνω.

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: 7/5/18