

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО
ПАЦИЕНТА НА УЧАСТИЕ В НАУЧНОМ ИССЛЕДОВАНИИ**

г. Санкт-Петербург

«_____» _____ 20 г.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 13, 19, 20, 22 ФЗ РФ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г.
N 323-ФЗ

Я _____

(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего пациента)

_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу _____

паспорт: _____ выдан, _____
(серия, номер)

являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, усыновитель, попечитель)

_____ ребенка,
(ФИО, _____ возраст _____ ребенка _____ полностью)

что подтверждаю документом, прочитал (а) информацию о научном исследовании
«Особенности течения коморбидных заболеваний и вакцинопрофилактики у детей на
иммуносупрессивной терапии» и я даю согласие на участие в нем моего ребенка, в том
числе на забор крови.

У меня было достаточно времени, чтобы принять решение об участии в исследовании.

Я добровольно соглашаюсь, что клинические данные моего ребенка, полученные в ходе
исследования и содержащиеся в медицинской документации, будут использованы в
научных целях, а также публикациях в научной печати.

Конфиденциальность всех медицинских и личностных данных мне гарантирована.

Я понимаю, что могу в любое время по моему желанию отказаться от дальнейшего
участия моего ребенка в исследовании и, если я это сделаю, это не повлияет на его
последующее лечение и внимание врачей.

Содержание настоящего информированного согласия и «информации для пациента» мною
прочитано, разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю
своей подписью.

Я получил (а) экземпляр «Информации для пациента и Информированного согласия
пациента».

Ф.И.О. законного представителя ребенка

(Дата и время)

Подпись _____ законного представителя ребенка

Ф.И.О. врача-исследователя

Дата и время

Подпись врача-исследователя