

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA UDZIAŁ W BADANIU
MEDYCZNYM

Ja (imię i nazwisko).....oświadczam, że otrzymałem/am i zapoznałem/am się z treścią informacji dla badanego dotyczącej badania:

„Ocena stężenia fraktalkiny (s-Fr), kwasu hialuronowego (HA), białka chemotaktycznego dla monocytów (MCP-1) oraz transformującego czynnika wzrostu β -1 (TGF β -1) u pacjentów z przewlekłym zapaleniem trzustki i rakiem gruczołowym trzustki.”

Przeprowadzająca badanie udzieliła mi wyczerpujących odpowiedzi na moje pytania. Jestem wystarczająco poinformowany /a o szczegółach badania.

Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na pobranie krwi i pomiary antropometryczne (zmierzenie obwodu talii, bioder, ramienia, ocena fałdu skórno-tłuszczowego nad mięśniem trójkłowym ramienia). Wiem, że mogę wycofać swoją zgodę w dowolnej chwili bez wpływu na opiekę lekarską jakiej będę potrzebować.

Akceptuję warunki ubezpieczenia na wypadek szkody powstałej w związku z uczestnictwem w badaniu.

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ich ochronie.

Łódź, dnia

.....
Podpis osoby badanej