|  |
| --- |
|  |

**CovidSurg - GlobalSurg Week**

*Medzinárodná globálna štúdia sledujúca operácie a liečbu chirurgických pacientov*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **#** | **Poučenie (prosím prečítať)** | | **Účastník**  *(iniciály alebo odtlačok prsta v každom boxe)* |
| 1 | Prečítal (a) som si / bol (a) mi prečítaný list s informáciami pre pacientov ohľadom tejto štúdie (s dátumom DD/MM/YYYY, verzia \_\_\_\_) a mal (a) som možnosť im porozumieť, mohol (a) som sa pýtať otázky ohľadom výskumu. | |  |
| 2 | Rozumiem, že moja účasť na tejto štúdii je dobrovoľná a že môžem kedykoľvek zo štúdie vystúpiť bez uvedenia dôvodu. Rozumiem, že vystúpenie zo štúdie nijako neovplyvní moju zdravotnú starostlivosť v budúcnosti. | |  |
| 3 | Dávam výskumníkom súhlas na nahliadnutie do mojich lekárskych záznamov, aby získali informácie o mojej zdravotnej starostlivosti a aby ma mohli kontaktovať v súvislosti s touto výskumnou štúdiou. | |  |
| 4 | Dávam výslovný a informovaný súhlas so spracovaním svojich údajov v rámci tejto výskumnej štúdie. Akceptujem, že sa informácie o mne, ktoré sa týkajú tejto štúdie, ukladajú v heslom chránených počítačových systémoch v mojej nemocnici a tiež na heslom chránených počítačových systémoch na University of Birmingham v Anglicku. Dáta budú taktiež zálohované na inom mieste, aby boli moje informácie v bezpečí. | |  |
| 5 | Bol (a) som plne informovaný (á) a poučený (á) o rizikách, benefitoch a alternatívach ohľadom tejto štúdie a súhlasím s účasťou v tejto štúdii. | |  |
|  | | | |
| **Meno účastníka výskumu** | | **Meno zodpovedného lekára/pracovníka** | |
| **Podpis (alebo odtlačok prsta) účastníka výskumu** | | Ja, dolupodpísaný, som si našiel čas, aby som vyššie uvedenému pacientovi plne vysvetlil podstatu a účel tejto štúdie takým spôsobom, aby im porozumeli. Vysvetlil som im riziká, ako aj možné benefit účasti v štúdii. Umožnil som im, aby sa pýtali na akékoľvek aspekty štúdie, ktoré sa ich týkajú. | |
| **Podpis lekára** | |
| **Dátum podpisu (alebo odtlačku prsta) účastníka**  DD / MM / YYYY | | **Dátum podpisu lekára**  DD / MM / YYYY | |