**Covid Sebészet – Globális Sebészeti Hét**

*Sebészeti betegek eredményeit vizsgáló, globális kollaboráción alapuló kohorsz vizsgálat*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **#** | **Állítás (kérjük, olvassa el)** | | **Résztvevő**  *(monogram, vagy kézjegy minden négyzetbe)* |
| 1 | Elolvastam, vagy elolvasták nekem a Betegtájékoztató Nyomtatványt a fenti vizsgálattal kapcsolatban (dátum DD/MM/YYYY, verzió \_\_\_\_). Volt lehetőségem a tájékoztatóban ismertetett információ átgondolására és kérdéseimre kielégítő választ kaptam. | |  |
| 2 | Megértettem, hogy a vizsgálatban való részvételem önkéntes, és a részvételi beleegyezésemet bármikor visszavonhatom indoklás nélkül. Megértettem, hogy a vizsgálatban történő részvételem visszavonása nem befolyásolja a jövőbeli kezelésemet. | |  |
| 3 | A kutatók részére engedélyt adok a kezelésemmel és betegségemmel kapcsolatos adatok megismerésére, és a vizsgálat részeként a velem való kapcsolatfelvételre. | |  |
| 4 | Kifejezett, tájékozott hozzájárulásomat adom a vizsgálat részeként az adataim feldolgozásához. Hozzájárulok, hogy a vizsgálattal kapcsolatos adataimat jelszóval védett informatikai rendszerekben tárolják az ellátásomat végző kórházban, valamint az angliai Birminghami Egyetemen. Az adataim biztonsága érdekében azokról biztonsági másolat készül. | |  |
| 5 | A kockázatokról, előnyökről és alternatív kezelési módokról teljeskörű tájékoztatást kaptam, ezt követően a vizsgálatban részt kívánok venni. | |  |
|  | | | |
| **Résztvevő neve** | | **Elsődleges vizsgálatvezető / Beleegyezést kérő megbízott neve** | |
| **Résztvevő aláírása, vagy kézjegye** | | A vizsgálatban résztvevő fenti páciens részére kellő időt rászánva, közérthetően teljeskörű tájékoztatást adtam a vizsgálat céljáról és természetéről. Elmagyaráztam a vizsgálattal járó lehetséges kockázatokat, valamint a lehetséges előnyöket. Lehetőséget adtam a vizsgálattal kapcsolatban felmerülő kérdések tisztázására. | |
| **Vizsgálatot végző aláírása** | |
| **A nyilatkozat aláírásának dátuma a páciens részéről**  DD / MM / YYYY | | **Aláírás dátuma a vizsgálatot végző részéről**  DD / MM / YYYY | |