**CovidSurg - GlobalSurg Week**

**Beleegyező nyilatkozat – szülő/törvényes képviselő és gyermek részére a “**Sebészeti betegek kimenetelére irányuló együttműködő nemzetközi vizsgálat”-ban való részvételhez

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **#** | **Nyilatkozat** (kérem, olvassa el!) | | **Szülő/törvényes képviselő**  *(minden rubrikát írjon alá!)* |
| 1 | Elolvastam a fenti vizsgálatról szóló Betegtájékoztatót (dátum:…………., verziószám: 1.0, magyar fordítás), volt lehetőségem átgondolni és kérdéseket feltenni. | |  |
| 2 | Megértettem, hogy gyermekem részvétele a vizsgálatban önkéntes, és bármikor indoklás nélkül visszavonható. Megértettem, hogy a visszautasítás nem befolyásolja gyermekem jövőbeli egészségügyi ellátását és törvényi jogait. | |  |
| 3 | Hozzájárulok, hogy a kutatásban résztvevők megtekintsék gyermekem egészségügyi dokumentációját és adatokat gyűjtsenek ki az ellátásáról, valamint a kutatás kapcsán felvegyék velem a kapcsolatot. | |  |
| 4 | Egyértelműen, tájékozottan hozzájárulok, hogy gyermekem adatait a kutatáshoz felhasználják. Köszönettel tudomásul veszem, hogy a gyermekemről nyert adatokat jelszóval védett számítógépes rendszeren tárolják mind a kórházban, mind a kutatást vezető központban (Birminghami Egyetem, Anglia). Gyermekem adatai külön, biztonságos helyen lesznek archiválva. | |  |
| 5 | Hozzájárulok, hogy gyermekem részt vegyen a vizsgálatban. A kockázatokról, előnyökről és lehetőségekről tájékoztatást kaptunk. | |  |
|  | | | |
| **Gyermek neve** | | **A kutatásvezető/résztvevő munkatárs neve** | |
| **Szülő/törvényes képviselő neve** | | Alulírott kijelentem, hogy a fenti szülőket/törvényes képviselőt számukra érthető módon, a teljességre törekedve tájékoztattam a vizsgálat természetéről és céljáról. Elmagyaráztam a felmerülő kockázatokat és előnyöket. Volt lehetőségük kérdéseket feltenni a vizsgálat bármely részletére vonatkozóan. | |
| **A gyermek és hozzátartozó közti rokoni kapcsolat** | |
| **Szülő/törvényes képviselő aláírása** | |
| **Gyermek aláírása (ha alkalmas rá)** | |
| **A vizsgálatot végző kutató aláírása** | |
| **A szülő/törvényes képviselő aláírásának dátuma** | | **A vizsgálatot végző kutató aláírásának dátuma** | |