

# ΦΟΡΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

# ΓΕΟΚΟ



NIHR Global Health Research Unit on  
Global Surgery

#	Δήλωση (παρακαλώ, διαβάστε προσεκτικά)	Ο/Η συμμετέχων αρχικά ασθενούς)
1	Διάβασα/μου διαβάστηκε το Ενημερωτικό Σημείωμα Ασθενούς για την παραπάνω μελέτη (με ημ/νία ΗΗ / ΜΜ / ΕΕΕΕ , έκδοση ____ ) και είχα την ευκαιρία να λάβω υπόψη μου τις παρεχόμενες πληροφορίες και να απευθύνω τις όποιες ερωτήσεις τυχόν είχα.	
2	Κατανώ ότι, η συμμετοχή μου στην παρούσα μελέτη είναι εθελοντική και ότι μπορώ να αποχωρήσω από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς να γνωστοποιήσω τους λόγους. Κατανώ ότι η αποχώρησή μου αυτή δεν θα επηρεάσει την περεταίρω ιατρική μου περίθαλψη.	
3	Δίνω τη συγκατάθεσή μου στους ερευνητές να έχουν πρόσβαση στον ιατρικό μου φάκελο και να αντλήσουν πληροφορίες σχετικά με την περίθαλψή μου, καθώς και να επικοινωνήσουν μαζί μου, στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης.	
4	Δίνω την απόλυτη συγκατάθεσή μου, κατόπιν ενημέρωσής μου, για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου, στο πλαίσιο της παρούσας ερευνητικής μελέτης. Ευχαρίστως αποδέχομαι την αποθήκευση προσωπικών δεδομένων μου σε σχέση με τη μελέτη σε ειδικά πληροφοριακά συστήματα προστατευόμενα από κωδικό, τόσο στο Νοσοκομείο περίθαλψής μου όσο και στο Πανεπιστήμιο του Birmingham της Μ. Βρετανίας. Τα δεδομένα αυτά θα κρατηθούν και σε αντίγραφο σε ξεχωριστή τοποθεσία, για λόγους ασφαλείας.	
5	Συγκατατίθεμαι να συμμετάσχω στην παρούσα ερευνητική μελέτη, έχοντας λάβει πλήρη πληροφόρηση για τους κινδύνους, τα οφέλη και τις εναλλακτικές επιλογές.	

<b>Όνοματεπώνυμο Συμμετέχοντα</b>	<b>Όνοματεπώνυμο Κύριου Ερευνητή/ερευνητή που λαμβάνει τη συγκατάθεση</b>
<b>Υπογραφή Συμμετέχοντα</b>	Ο/Η υπογράφων/ουσα, δηλώνω ότι εξήγησα αναλυτικά στον/στην παραπάνω ασθενή τη φύση και το σκοπό της παρούσας μελέτης, με απλό και κατανοητό τρόπο. Εξήγησα τους πιθανούς κινδύνους που επιφυλάσσει, όπως και τα πιθανά οφέλη. Τέλος, τον/την ρώτησα αν επιθυμεί να ρωτήσει ο,τιδήποτε σχετικά με οποιαδήποτε πτυχή της παρούσας μελέτης.
	<b>Υπογραφή Κύριου Ερευνητή/ερευνητή που λαμβάνει τη συγκατάθεση</b>
<b>Ημ/νία υπογραφής φόρμας από συμμετέχοντα</b> ΗΗ / ΜΜ / ΕΕΕΕ	<b>Ημ/νία υπογραφής φόρμας από ερευνητή</b> ΗΗ / ΜΜ / ΕΕΕΕ

**3 αντίγραφα: 1 για τον ασθενή, 1 για τον υπεύθυνο της μελέτης και 1 για τον ιατρικό φάκελο**