

# ФОРМА СОГЛАСИЯ УЧАСТНИКА

# ГЕСКО



NIHR Global Health Research Unit on  
Global Surgery

#	Заявление	Участник (инициалы или отпечаток большого пальца в каждой секции)
1	Я прочитал/мне прочитали Информационный лист пациента для вышеуказанного исследования (ДД/ММ/ГГГГ) и имел возможность понять информацию и задать вопросы.	
2	Я понимаю, что мое участие в этом исследовании является добровольным и что я могу отказаться в любое время без объяснения причин. Я понимаю, что отказ не повлияет на мое медицинское обслуживание в будущем.	
3	Я разрешаю исследователям просматривать мои медицинские записи, чтобы получить информацию о моем лечении, и связываться со мной в рамках этого исследования.	
4	Я даю информированное согласие на обработку моих данных в рамках этого исследования. Я понимаю, что информация обо мне, связанная с исследованием, хранится в защищенных компьютерных системах в больнице, а также в Бирмингемском университете. Это будет резервное копирование в отдельном месте, чтобы сохранить мою информацию в безопасности.	
5	Я согласен принять участие в этом исследовании, будучи информированным о рисках, преимуществах и альтернативах.	
<b>Имя участника</b>		<b>Имя исследователя, взявшего согласие</b>
<b>Подпись (отпечаток 1 пальца) участника</b>		Я, нижеподписавшийся, нашел время, чтобы полностью объяснить указанному выше пациенту характер и цель этого исследования таким образом, чтобы он мог понять. Я объяснил связанные с этим риски, а также возможные преимущества. Я предложил задавать вопросы по любому интересующему их аспекту исследования.
		<b>Подпись исследователя</b>
<b>Дата подписания участником</b> DD / MM / YYYY		<b>Дата подписания исследователем</b> DD / MM / YYYY

3 copies to be made: 1 for patient, 1 for hospital lead and 1 for hospital