### Formularz DEKLARACJI konsulenta

[affix\_barcode]

Wersja: 4.0, 8 listopada 2023 r.

Lokalny główny badacz: [local\_lead\_investigator\_name]

Główny badacz: Dr JK Baillie, University of Edinburgh

|  |
| --- |
| * Przeczytałem arkusz informacyjny (wersja 4.0 – 8 listopada 2023 r.) dotyczący tego badania (lub przeczytano mi go). Rozumiem jego treść i miałem okazję zadawać pytania. * Moim zdaniem pacjent nie miałby nic przeciwko dostarczeniu próbki DNA i analizie tej próbki pod kątem czynników genetycznych ważnych w krytycznej chorobie. * W każdej chwili mogę wycofać pacjenta z badania bez podania przyczyny. * Choć udział w tym badaniu nie wiąże się z żadnymi bezpośrednimi korzyściami, mamy nadzieję pomóc innym, którzy poważnie zachorują w przyszłości. Istnieje bardzo mała możliwość, że w wyniku tych badań pojawią się ustalenia istotne dla pacjenta. Istnieje proces, za pomocą którego można o tym poinformować pacjenta. * DNA pacjenta i dane pochodzące z jego DNA, w tym cała sekwencja genomu, mogą być przechowywane i wykorzystywane do przyszłych badań. Badacze mogą obejmować krajowych lub międzynarodowych naukowców, firmy i pracowników NHS. Aby uzyskać dostęp do danych, wszyscy badacze muszą zostać zatwierdzeni przez niezależną komisję ekspertów, w tym lekarzy, naukowców i pacjentów. Do danych nie będą mieli dostępu ubezpieczyciele ani firmy marketingowe. * Różne aspekty danych dotyczących zdrowia pacjenta będą gromadzone przez badaczy z GenOMICC, sponsora badania (NHS Lothian i Uniwersytet w Edynburgu) oraz organizacje partnerskie. * Zgadzam się, że badacze tego badania mogą w przyszłości kontaktować się z pacjentem, aby wziąć udział w przyszłych badaniach naukowych, w tym badaniach klinicznych i badaniach niezwiązanych z krytyczną chorobą. |
| Potwierdzam, że jestem konsultantem dla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Relacja z uczestnikiem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Podpisz tutaj, aby zaznaczyć, że zgadzasz się z powyższymi oświadczeniami:**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  WIELKIMI LITERAMI imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis osoby odbierającej zgodę  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  WIELKIMI LITERAMI Imię i nazwisko konsultanta  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis konsultanta  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Jeśli konsultant nie może pisać ani odczytać formularza:***  Nie jestem zaangażowany w to badanie badawcze i zaświadczam, że informacje dotyczące tych badań zostały dokładnie wyjaśnione uczestnikowi w zrozumiałym dla niego języku oraz że konsultant dobrowolnie wyraził świadomą zgodę. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  WIELKIMI LITERAMI imię i nazwisko świadka  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis świadka  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Oryginał ma być zachowany z dokumentacją. Jeden egzemplarz do przekazania konsultantowi.