### Osaleja nõusoleku vorm

[affix\_barcode]

Versioon: 5, 23. oktoober 2024

Kohalik juhtivuurija: [local\_lead\_investigator\_name]

Juhtiv uurija: Prof JK Baillie, Edinburghi Ülikool

Osalejate nõusolekuvormi võib kasutada isiklikult, telefoni teel või kirjalikult.

|  |
| --- |
| * Olen lugenud käesoleva uuringu teabelehte (v5 - 23. oktoober 2024) (või mulle on see ette loetud). Ma saan sellest aru ja mul on olnud võimalus esitada küsimusi.
* Nõustun DNA-proovi andmisega ja selle analüüsimisega, et otsida kriitilise haiguse puhul olulisi geneetilisi tegureid.
* Ma võin igal ajal uuringust loobuda ilma põhjuseid esitamata.
* Kuigi selles uuringus osalemisest ei ole otsest kasu, loodame, et saame aidata teisi, kes tulevikus kriitiliselt haigestuvad. On väga väike võimalus, et selle uurimistöö kaudu tõusevad esile minu jaoks olulised leiud. On olemas protsess, mille kaudu saab mind sellest teavitada.
* Minu DNA-d ja minu DNA-st saadud andmeid, sealhulgas kogu minu genoomi järjestust, võib säilitada ja kasutada tulevaste uuringute jaoks. Teadlaste hulka võivad kuuluda riiklikud või rahvusvahelised teadlased, ettevõtted ja NHSi töötajad. Andmetele juurdepääsuks peavad kõik teadlased olema heaks kiidetud sõltumatu ekspertide komitee poolt, kuhu kuuluvad arstid, teadlased ja patsiendid. Isiklikel kindlustusandjatel või turundusettevõtetel ei ole juurdepääsu andmetele.
* Minu terviseandmete erinevaid aspekte koguvad GenOMICCi uurijad, uuringu sponsor (NHS Lothian ja Edinburghi Ülikool) ning partnerorganisatsioonid.
* Olen nõus sellega, et käesoleva uuringu uurijad võivad minuga tulevikus ühendust võtta, et osaleda tulevastes teadusuuringutes, sealhulgas kliinilistes uuringutes ja kriitilise haigusega mitteseotud uuringutes.
* Nõustun eluaegse jälgimisega, sealhulgas minu terviseandmete kogumise ja analüüsiga teadusuuringuteks, mis jätkub kogu minu elu jooksul ja ka pärast seda.
 |

**Palun kirjutage siia alla, et nõustute eespool esitatud väidetega:**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kirjutage suurtähtedega nõusolekut andva isiku nimi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nõusolekut andva isiku allkiriKuupäev: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kirjutage suurtähtedega osaleja nimi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Osaleja allkiriKuupäev: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Kui osaleja ei saa või oska kirjutada ega lugeda käesolevat vormi:*** Ma ei osale selles uuringus ja tõendan, et uuringut puudutav teave on osalejale täpselt ja arusaadavas keeles selgitatud ning et osaleja on andnud oma teadliku nõusoleku vabalt. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kirjutage suurtähtedega tunnistaja nimi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tunnistaja allkiriKuupäev: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Nõusolekuvormi originaal säilitatakse tegevuskoha toimikus.

Palun tehke √allolevasse kasti, et kinnitada nõusoleku andmise meetodit:

Isiklik nõusolek

(Osalejale tuleb anda nõusolekuvormi koopia)

Nõusolek telefoni teel

(nõusolekuvormi koopia tuleb saata osalejale posti teel - osalejal puudub allkiri).

Kirjalik nõusolek

(Postitage täidetud ja allkirjastatud nõusoleku koopia tagasi osalejale)