

[szpital\_logo]



## FORMULARZ WYCOFANIA Z BADANIA

Wersja 2.4 27 lipca 2020 r.

Lokalny główny badacz: [imię\_lokalnego\_głównego\_badacza]

Główny badacz: Dr JK Baillie, University of Edinburgh

[affix\_barcode]

### Niniejszy dokument zawiera szczegółowe informacje na temat wycofania się z badania GenOMICC.

- Prosimy o uważne jego przeczytanie. Aby wycofać się z badania, prosimy o wypełnienie poniższego formularza.
- Możesz również skorzystać z tego formularza, aby wycofać swoje dziecko z badania. Nie musisz sam brać udziału, aby wycofać swoje dziecko. Za pomocą tego formularza możesz wycofać tylko jedno dziecko. Prosimy użyć osobnego formularza dla każdego dziecka, które chcesz wycofać.
- Nie musisz podawać powodu swojej decyzji. Jeśli masz jakiegokolwiek pytania dotyczące wycofania się z badania, zapytaj swój zespół kliniczny.
- Wycofanie się z tego badania nie wpłynie na twój udział w żadnym innym badaniu, w którym uczestniczysz.
- Zaczniemy działać zgodnie z Państwa życzeniem, gdy tylko otrzymamy i przetworzymy ten formularz.

### Istnieją dwie opcje, jeśli chcesz się wycofać.

#### WARIANT 1 - CZĘŚCIOWE WYCOFANIE

**Naukowcy prowadzący badania GenOMICC nie będą się już z tobą kontaktować.**

- Wszelkie już pobrane próbki mogą być nadal wykorzystywane w ramach badania.
- Będziemy nadal wykorzystywać informacje z twoich danych zdrowotnych i innych do celów zatwierdzonych badań.

#### WARIANT 2 - PEŁNE WYCOFANIE

**Ty lub Twoje dziecko nie będziecie już uczestnikami badania GenOMICC.**

**Naukowcy biorący udział w badaniu GenOMICC nie będą już:**

- Kontaktować się z Tobą lub Twoim dzieckiem;
- Nie będziemy aktualizować informacji z twojej dokumentacji medycznej i innych zapisów lub;
- Zezwolimy na dostęp badawczy do wszelkich próbek, w tym DNA (zniszczymy je).

Nawet jeśli wybierzesz opcję 2 - **pełna wycofanie**, nie jest możliwe, aby:

- Usunąć swoje dane lub próbki z badań, które są w toku lub zostały już wykonane (wszelkie pozostałości próbki są niszczone po zakończeniu badań); lub
- Usunąć wszystkie twoje wpisy z naszych baz danych. Musimy prowadzić rejestr kontroli, aby stwierdzić, że ty lub twoje dziecko byliście kiedyś częścią badania, a następnie wycofaliście się.

[szpital\_logo]



## FORMULARZ WYCOFANIA Z BADANIA

### PRZECZYTAŁEM I ZROZUMIAŁEM INFORMACJĘ O WYCOFANIU SIĘ Z BADANIA.

Inicjały tutaj, aby pokazać, że się zgadzasz.	
---	--

### DLA DOROSŁYCH UCZESTNIKÓW

Chcę się wycofać z badania GenOMICC.

Wstępny wybór.

i.      Wariant 1 - Częściowe wycofanie	
---	--

ii.     Wariant 2 - Pełne wycofanie	
-------------------------------------	--

Ty:

<b>Twoje pełne imię i nazwisko (WIELKIMI LITERAMI):</b>	
---	--

<b>Podpis:</b>	
----------------	--

<b>Data:</b>	(DD/MM/RR)
--------------	------------

[szpital\_logo]



## RODZIC W IMIENIU SWOJEGO DZIECKA:

Chcę wycofać swoje dziecko z badania.

Wstępny wybór.

i.      Wariant 1 - Częściowe wycofanie	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

ii.     Wariant 2 - Pełne wycofanie	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

Ty:

<b>Twoje pełne imię i nazwisko twojego dziecka (WIELKIMI LITERAMI):</b>	<input type="text"/>
---	----------------------

<b>Pokrewieństwo do dziecka:</b>	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------

<b>Twoje imię i nazwisko:</b>	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------

<b>Twój podpis:</b>	<input type="text"/>
---------------------	----------------------

<b>Data:</b>	(DD/MM/RR)
--------------	------------

Po wypełnieniu tego formularza:

- 1 (oryginał) będzie przechowywany w twojej dokumentacji badań GenOMICC.
- Zachowasz kopię tego dokumentu.

[szpital\_logo]



- Zespół badawczy GenOMICC zachowa kopię.

**Do wypełnienia tylko przez personel badawczy GenOMICC**

<b>Osoba otrzymująca ten formularz:</b>	
---	--

<b>Podpis:</b>	
----------------	--

<b>Data:</b>	(DD/MM/RR)
--------------	------------

<b>Nazwa tłumacza, jeśli jest obecny (WIELKIMI LITERAMI):</b>	
---	--

<b>Podpis:</b>	
----------------	--

<b>Data:</b>	(DD/MM/RR)
--------------	------------

<b>GCC Number:</b>	
--------------------	--

---

<b>Wpisać lokalne dane kontaktowe tutaj</b> <b>Numer telefonu:</b>  <b>Adres e-mail:</b>  <b>Adres szpitala:</b>
---

[szpital\_logo]

