

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ

Ημερομηνία:

Όνοματεπώνυμο ασθενούς:

Ημερομηνία γέννησης ασθενούς:

ΑΜΚΑ:

ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ:

Τίτλος μελέτης:

Σύγκριση επιδημιολογικών, κλινικών, ιστολογικών και μοριακών παραμέτρων σε ασθενείς με σύνδρομο δυσπλαστικών σπίλων και σε ασθενείς με κακώθες μελάνωμα στον Ελληνικό πληθυσμό.

Η κάτωθι υπογεγραμμένη/οςμετά από λεπτομερή ενημέρωση από τους θεράποντες ιατρούς μου, συγκατατίθεμαι να συμμετάσχω στην παραπάνω μελέτη και να ληφθούν βιολογικά δείγματα (όπως αίμα και +/- ιστολογική βιοψία) καθώς και να χρησιμοποιηθούν κλινικές και επιδημιολογικές πληροφορίες που αφορούν την πορεία της νόσου μου για ερευνητικούς λόγους με την ελπίδα να προσφέρουν χρήσιμα επιστημονικά συμπεράσματα και υπό την προϋπόθεση πως διασφαλίζονται απόλυτα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα και τηρούνται οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας σύμφωνα με την συνθήκη του Helsinki. Ο συμμετέχων ερευνητής ιατρός μου εξήγησε τις λεπτομέρειες της μελέτης. Επιπλέον έχω το δικαίωμα να υποβάλλω επιπρόσθετες ερωτήσεις.

Η συμμετοχή μου στη μελέτη αυτή είναι απολύτως εθελοντική και έχω τη δυνατότητα να διακόψω τη συμμετοχή μου οποιαδήποτε στιγμή από τη μελέτη αυτή, χωρίς υποχρέωση να εξηγήσω το λόγο και χωρίς συνέπειες αναφορικά με την ιατρική φροντίδα που λαμβάνω.

Υπογραφή ασθενούς:

Ημερομηνία:

Υπογραφή ιατρού που πήρε τη συγκατάθεση:

Όνοματεπώνυμο ιατρού που πήρε τη συγκατάθεση: