



Személyes adatok

Név:.....

Születési dátum:.....

TAJ szám:.....

Szülő neve:

Szülő telefonszáma:

OPR BETEGSZÁM

KÓRHÁZ

ORVOS

TÁJÉKOZTATÓ:

A gyermekkori hasnyálmirigy gyulladás fontos emésztőszervi megbetegedés, amelyet gyakori előfordulás jellemez. A kórkép súlyosságának korai megbecslése döntő jelentőségű a betegség ellátásában. A betegség osztályozásánál a súlyosság három fokozatát különböztetjük meg: enyhe, közepes és súlyos lefolyást. Az elmúlt időszakban a betegség kimenetelének megbecslésére számos előrejelző pontrendszert fejlesztettek ki, azonban a jelenleg alkalmazott prognosztikai módszerek értéke korlátozott, mivel kevés többlet információt szolgáltatnak, ezáltal késleltethetik a megfelelő ellátást. A vizsgálat célja, egy olyan egyszerű és hiteles klinika pontrendszer kidolgozása, amely révén az akut hasnyálmirigy gyulladás súlyos lefolyásának kockázata, a kórkép prognózisa megbecslhető a kórházi felvétel első 6-12 órájában.

A VIZSGÁLAT IDŐTARTAMA ÉS A VIZSGÁLATBA VALÓ BELEEGYZÉS VISSZAVONHATÓSÁGA:

Az Ön gyermekének adatai teljesen anonim módon kerülnek felhasználásra. Az Ön kutatásba való beleegyezése önkéntes, azt bármikor akár szóban, akár írásban visszavonhatja anélkül, hogy ebből gyermekének hátránya származna és ez esetben a továbbiakban az ezzel kapcsolatos klinikai adatok még anonim módon sem kerülnek felhasználásra. Bármikor kapcsolatba léphet és további kérdéseket tehet fel kezelőorvosának és/vagy a kutatás koordinátorának.

A betegtájékoztatót (ETIKAI ENGEDÉLY 19-27 pont, www.pancreas.hu) és a fenti rövid összefoglalót elolvastva illetve a tájékoztatást adó orvost meghallgatva megértettem a ETT TUKEB ad.52499-3/2014 engedélyű vizsgálat célját. Ezek ismeretében **a vizsgálatba beleegyzem**. Hozzájárulok, hogy gyermekem adatait tudományos célra feldolgozzák és neve említése nélkül szakdolgozatban közöljék. Továbbá hozzájárulok, hogy vérmintáját illetve adatait a vizsgálatot végző helyen a kutatás ideje alatt, annak visszavonásáig illetve az adatfelvételtől számított legalább 30 évig tárolják.

Az aláírással egyidejűleg a beleegyező nyilatkozat és a tájékoztató egy-egy eredeti példányát átvettem.

....., 20 hó nap.

.....
kutatásvezető/tájékoztatót adó orvos

.....
résztevő (beteg) aláírása

.....
törvényes képviselő aláírása¹

¹ **Nem cselekvőképes beteg** vagy **18 év alatti beteg** esetén kötelező. Amennyiben a résztvevő vagy a törvényes képviselő nem tud olvasni, akkor szükséges két tanú jelenléte és aláírása az érvényes beleegyező nyilatkozathoz.

Alulírott tanúk, aláírásunkkal igazoljuk, hogy a vizsgálatba bevonni kívánt személy, illetve törvényes képviselője számára minden lehetséges információt megadtak, és a bevonni kívánt személy és/vagy törvényes képviselője önkéntesen és befolyásolástól mentesen adta meg a részvételbe történő beleegyezését.

.....
1. tanú aláírása

.....
2. tanú aláírása

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Szem. ig. szám:

Szem. ig. szám: