

**Személyes adatok**

Név:.....

Születési dátum:.....

TAJ szám:.....

Szülő neve:.....

Szülő telefonszáma:.....

**TÁJÉKOZTATÓ:**

A vizsgálat célja, hogy megtaláljuk az Ön gyermeke hasi fájdalmának hátterében álló betegséget. A vizsgálat elsősorban a hasnyálmirigy gyulladás kockázatának felmérését segíti, valamint hozzájárul annak korai felismeréséhez. A vizsgálat fizikális vizsgálatból, vérételből és radiológiai (hasi UH vagy CT) vizsgálatból áll. Ezen vizsgálatok jelentős részét nagy valószínűség szerint egyébként is elvégezné kezelőorvosa. A vizsgálattal egy olyan gyors, egyszerű és hiteles klinikai pontrendszer kidolgozását reméljük, amelynek segítségével a legnagyobb biztonsággal és költséghatékonysággal megítélhetővé válik egy adott hasfájás miatt vizsgált betegnél a hasnyálmirigy enzimek levételének illetve a hasi UH vagy CT vizsgálat elvégzésének szükségessége.

**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. Visszavonás esetén 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 beteg tájékoztatót és a fenti rövid összefoglalót elolvastva illetve a tájékoztatást adó orvost meghallgatva megértettem a ETT TUKEB ad.52857-2/2014 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 beleegyző nyilatkozat és a tájékoztató egy-egy eredeti példányát átvettem.

....., 20 . ..... hó ..... nap.

.....  
kutatásvezető/tájékoztatót adó orvos

.....  
résztevő (beteg) aláírása

.....  
törvényes képviselő aláírása<sup>1</sup>

<sup>1</sup> **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 beleegyző 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: .....