



Lični podaci

Ime:.....
Datum rođenja:.....
Broj zdravstvene knjižice:.....
Ime roditelja:
Telefonski broj roditelja:

INFORMACIJE:

Cilj ispitivanja je da shvatimo početak bolesti deteta, eventualne **genetske osnove** bolesti. Tokom našeg istraživanja možemo da dobijemo

šanse za izlječenje od bolesti. Naš cilj je da utvrdimo genetske faktore, koji mogu da stoje u pozadini bolesti pankreasa.

VREMENSKI PERIOD TESTA I POVLAČENJE SAGLASNOSTI NA ISPITIVANJE:

..... . Vaš dobrovoljni pristank na istraživanje u bilo koje

ispitivanju čak ni anonimno. U svakom trenutku možete kontaktirati i pitati ako imate bilo kakva dodatna pitanja svog lekara i / ili koordinator istraživanja.

shvatio/la sam svrhu testa sa dozvolom br.ETT TUKEB ad.52499-3 / 2014. Slažem se, da se uradi ispitivanje. Slažem se, da bez imena mog deteta podatake koriste za naučne svrhe. Takođe se slažem, da uzeti uzorak krvi i laboratorijske podatke na mestu istraživanja tokom studija, do povlačenja pristanka , čuva najmanje 30 godina.

U isto vreme potpisa primio/la sam po jedan originalni primerak obrasca saglasnosti i informacije .

.....dan mesecgodina.

.....
Potpis istraživanja / lekar medicinske informacije Potpis ispitivani bolesnik Potpis zakonskog zastupnika¹

¹ 18 godina starosti su obavezna. Ako je prisutni učesnika ili pravni zastupnik nije u mogućnosti ili nezna pročitati, potrebno je prisustvo dva svedoka ya vreme potpisivanja saglasnosti .

..... , odnosno ispitano lice / ili njegov zakonski zastupnik da se dobrovoljno uključuje u ispitivanje dao saglasnost da učestvuje .

.....
1. Potpis svedoka
Ime:
Adresa:
Br. Lične karte:

.....
2. Potpis svedoka
Ime:
Adresa:
Br. Lične karte: