# Stedfortrædende samtykke til deltagelse i sundhedsvidenskabeligt forsøg

**EUCT-nummer: 2024-516208-41-00**

**Forsøgets titel:**
The Intensive Care Platform Trial (INCEPT)

**Dansk titel:**
Platformsforsøg for Intensiv Behandling (INCEPT)

**Delforsøg (domæne): INCEPT-Albumin**

**Erklæring fra den person som afgiver stedfortrædende samtykke:**

Jeg har fået skriftlig og mundtlig information, og jeg ved nok om formål, gennemførelse, fordele og ulemper til at give mit samtykke. Jeg ved, at det er frivilligt at deltage, og at jeg altid kan trække mit samtykke tilbage uden, at min pårørende mister sine nuværende eller fremtidige rettigheder til behandling. Jeg giver samtykke til, at nedenstående person deltager i forskningsprojektet, og jeg har fået en kopi af dette samtykkeark samt en kopi af den skriftlige information om projektet til eget brug.

Forsøgspersonens navn:_____

Oplysninger om min tilknytning, som pårørende til forsøgsperson:

_____

Navnet på den pårørende, der giver stedfortrædende samtykke:

_____

Dato:_____ Underskrift:_____

**Erklæring fra forsøgspersonale, der afgiver information om forsøget**

Jeg erklærer, at pårørende har modtaget mundtlig og skriftlig information om forsøget. Efter min overbevisning er der givet tilstrækkelig information til, at der kan træffes beslutning om patientens deltagelse i forsøget

Navnet på den læge, der har afgivet information: _____

Dato:_____ Underskrift:_____