Upplýst samþykki fyrir þátttöku í vísindarannsókn

CTIS númer: 2024-516208-41-00

Heiti rannsóknar

INCEPT-blóðsegavörn rannsóknin

Yfirlýsing þátttakanda

Ég hef fengið bæði munnlegar og skriflegar upplýsingar og veit nægilega mikið um tilgang, aðferðir, ávinning og hugsanlega ókosti rannsóknarinnar til að samþykkja þátttöku. Ég skil að þátttaka er sjálfviljug og að ég geti dregið samþykki mitt til baka hvenær sem er án þess að missa rétt minn til núverandi eða framtíðar meðferðar. Mér hefur verið kynnt í hverju þátttaka mín er fólgin og ég hef haft tök á að spyrja spurninga er varða þátttöku mína

Ég samþykki að taka þátt í klínísku rannsókninni og hef fengið eintak af þessu samþykkiseyðublaði sem og eintak af skriflegum upplýsingum um rannsóknina til eigin afnota.

Nafn þátttakanda: _____

Dagsetning: _____ Undirskrift: _____

Yfirlýsing rannsakanda sem veitir upplýsingarnar
Ég lýsi hér með yfir að þátttakandinn hefur fengið bæði munnlegar og skriflegar upplýsingar um klínísku rannsóknina. Að mínu mati hefur nægjanlegum upplýsingum verið miðlað til að þátttakandinn geti tekið upplýsta ákvörðun um þátttöku í rannsókninni.

Nafn þess sem veitti upplýsingar: _____, læknir

Dagsetning: _____ Undirsrift: _____

Þú hefur rétt á að senda inn kvartanir er varða meðhöndlun á persónupplýsingum þínum til Vísindasiðanefndar með því að senda tölvupóst á netfangið vsn@vsn.is eða símleiðis í síma: 551 7100