

## **ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W BADANIU KLINICZNYM**

„Leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej z towarzyszącymi cytopeniami z autoimmunizacji (anemia i/lub trombopenia autoimmunizacyjna)”

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam, że przeczytałem(am) i zrozumiałem(am) informacje zawarte w formularzu INFORMACJA DLA PACJENTA, oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolną zgodę na udział w tym badaniu klinicznym i jestem świadomy(a) faktu, iż w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części badania bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w badaniu nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzonego podpisem i datą. Przez podpisanie tego dokumentu potwierdzam również, że zostałem(a) poinformowany(a) o sposobie przetwarzania danych z badania, że dane te będą weryfikowane przez ich porównanie z moją dokumentacją medyczną oraz, że dane te są zbierane jedynie w celu naukowej analizy badania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w tym badaniu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o Ochronie Danych Osobowych z dn. 29.08.1997). Dane analizowane przez odnośne władze, instytucje kontrolujące badanie oraz Komisje Bioetyczne dostępne będą jedynie w postaci anonimowej. Zostałem(a) poinformowany(a), iż w przypadku wycofania zgody na udział w badaniu zgromadzone do tej pory dane mogą zostać wykorzystywane i przetwarzane jako część bazy danych badania.

Pacjent

.....  
Imię i nazwisko(drukowanymi literami)      Podpis      Data złożenia podpisu (ręką pacjenta)

Oświadczam, że omówiłam przedstawione badanie z pacjentem/pacjentką używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłam informacji dotyczących natury i znaczenia badania.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie

.....  
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)      Podpis      Data złożenia podpisu