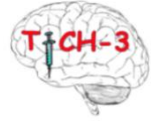




ლეგალური წარმომადგენლის-ნათესავის თანხმობის
სრული ფორმა



(საბოლოო ვერსია 1.0: 03/11/2021)

კვლევის სათაური : TICH-3

IRAS პროექტი ID: 297457

CTA ref :03057/0074/001-0001

მკვლევარის სახელი:

მონაწილის სახელი:

გთხოვთ მონიშნეთ კვადრატები

1. მე ვადასტურებ, რომ წავიკითხე და გავიგე საინფორმაციო ფურცელი საბოლოო ვერსია ნომერი 1.0 დათარიღებული 03/11/2021 ზემოაღნიშნულ კვლევაზე და მქონდა შესაძლებლობა დამესვა შეკითხვები.

2. მე მესმის, რომ ჩემი ნათესავის მონაწილეობა ნებაყოფლობითია და ის თავისუფალია ნებისმიერ დროს გავიდეს კვლევიდან მიზეზის აუხსნელად, მასზე სამედიცინო მზრუნველობის და კანონიერი უფლებების შელახვის გარეშე. მე მესმის, რომ კვლევიდან გასვლის შემთხვევაში, შეგროვილი ინფორმაცია ვერ ამოიშლება და ეს ინფორმაცია შესაძლოა კვლავ გამოიყენონ პროექტის ანალიზში.

3. მე მესმის, რომ ჩემი ნათესავის სამედიცინო ჩანაწერების შესატყვისი სექციები და კვლევაში დაგროვილი მონაცემები შესაძლოა დათვალიერდეს უფლებამოსილი პირების მიერ ნოტინგემის უნივერსიტეტიდან, კვლევითი ჯგუფიდან და მარეგულირებელი ხელმძღვანელობიდან, სადაც ეს შეესაბამება მის მონაწილეობას კვლევაში. მე ვაძლევ ნებართვას ამ პირებს რომ ჰქონდეთ წვდომა ამ ჩანაწერებზე და შეაგროვონ, შეინახონ, გაანალიზონ და გამოაქვეყნონ ინფორმაცია, რომელსაც მოიპოვებენ ჩემი ნათესავის მონაწილეობით ამ კვლევაში. მე მესმის, რომ ჩემი ნათესავის პირადი დეტალები შეინახება კონფედენციალურად.

4. თანხმობა მონაცემების გამოყენებაზე შესაძლო მომავალ კვლევაში (არასავალდებულო) (გადახაზეთ დიახ/არა და მონიშნეთ კვადრატები).

დიახ/არა

ვეთანხმები, რომ ჩემი ნათესავის შესახებ შეგროვებული ინფორმაცია შეიძლება იყოს შენახული ნოტინგემის უნივერსიტეტის მიერ, მომავალ კვლევებში შესაძლო გამოყენებისთვის. მე მესმის, რომ ზოგიერთი კვლევა შეიძლება ჩატარდეს ამჟამინდელი გუნდისაგან განსხვავებული, მათ შორის კომერციულ კომპანიებში მომუშავე მკვლევარების მიერ. გამოყენებული ნებისმიერი მონაცემი იქნება ანონიმური და არაიდენტიფიცირებადი რაიმე ნიშნით

5. მე მესმის, რომ NHS Digital, (EDRIS შოტლანდიაში) და გაერთიანებული სამეფოს სხვა ცენტრალური NHS ორგანოების მიერ დაცული და შენახული ინფორმაცია შეიძლება გამოყენებულ იქნას ჩემს ნათესავთან დაკავშირების მიზნით ან მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებისთვის.

ფორმა იბეჭდება ლოკალურ სატიტულო ფურცელზე

6. თანახმა ვარ, რომ ჩემი ნათესავის ექიმი იყოს ინფორმირებული ამ კვლევაში ჩემი ნათესავის მონაწილეობის შესახებ და (თხოვნის შემთხვევაში) მისგან მიიღონ ინფორმაცია ჩემი ნათესავის ჯანმრთელობის მდგომარეობის თაობაზე 180 დღის შემდგომი დაკვირვებისთვის.

7. თანახმა ვარ ჩემს ნათესავს გაეგზავნოს წერილი/ელ.მეილი რეზულტატების შესახებ (გადახაზეთ დიახ/არა და მონიშნეთ კვადრატი).

დიახ/არა

8. მე თანახმა ვარ ჩემმა ნათესავმა მონაწილეობა მიიღოს ამ კვლევით პროექტში

მონაწილის სახელი/გვარი

კავშირი მონაწილესთან

ნათესავის სახელი/გვარი

თარიღი

ხელმოწერა

თანხმობის მიმღები პირის სახელი/გვარი

თარიღი

ხელმოწერა

3 ასლი: 1 მონაწილისთვის, 1 პროექტის ჩანაწერებისთვის და 1 სამედიცინო ჩანაწერებისთვის