SOUHLAS S ÚČASTÍ VE STUDII

„Využití metody RT-QuIC pro zpřesnění diagnostiky neurodegenerativních onemocnění: Prospektivní a retrospektivní studie“,

Jméno a příjmení ……..……..……..

Datum narození……

Vážená paní, vážený pane,

v rámci určení příčiny vašeho onemocnění vám byla provedena řada vyšetření, včetně odběru mozkomíšního moku.

Nabízíme vám spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je lepší poznání poškození nervového systému, ke kterému dochází v průběhu onemocnění, které vás postihlo. Snažíme se získat co nejpřesnější obraz stavu, v jakém se nachází organismus v okamžiku stanovení diagnózy a dále v průběhu onemocnění.

Rádi bychom s vaším svolením použili vzorek již odebraného mozkomíšního moku k výzkumným účelům. Vzorek bude uchován po dobu nejvýše 5 let a použit k dodatečnému vyšetření na přítomnost prionové bílkoviny.

Všechny osobní údaje budou zakódovány, kódy bude mít u sebe hlavní zkoušející lékař, z dat vás nebude možné identifikovat. Získaná data budou po analýze publikována a prezentována v odborném tisku s plným zachováním anonymity

Velmi vám děkujeme za ochotu a jsme vám samozřejmě kdykoliv k dispozici, budete-li si přát další doplňující informace.

doc. MUDr. Robert RUSINA, Ph.D.,
Neurologická klinika 3. LF UK a FTN,
Vídeňská 800, 140 59 Praha 4
Tel. 26108 3522

PROHLÁŠENÍ VYŠETŘOVANÉ OSOBY

Nemám námitek proti tomu, aby vzorek mého mozkomíšního moku byl uchován a použit k výzkumným účelům.

Obdržel/a jsem datovaný a podepsaný stejnopis tohoto IS.

Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo smým výslovným souhlasem.

Při předávání dat bude zajištěna ochrana osobních údajů požadovaná „Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů“ známé pod označením GDPR.

V Praze, dne

Jméno a podpis pacienta: Jméno a podpis lékaře

SOUHLAS S ÚČASTÍ VE STUDII – PŘÍBUZNÝ/OSOBA BLÍZKÁ

„Využití metody RT-QuIC pro zpřesnění diagnostiky neurodegenerativních onemocnění: Prospektivní a retrospektivní studie“,

Jméno a příjmení pacienta…….……..……..

Datum narození……

Jméno a příjmení příbuzné osoby/osoby blízké…….……..……

Vážená paní, vážený pane,

v rámci určení příčiny onemocnění vašeho příbuzného (blízkého), pana/paní ....., byla provedena řada vyšetření, včetně odběru mozkomíšního moku.

Nabízíme vám spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je lepší poznání poškození nervového systému, ke kterému dochází v průběhu onemocnění, které postihlo vašeho příbuzného. Snažíme se získat co nejpřesnější obraz stavu, v jakém se nachází organismus v okamžiku stanovení diagnózy a dále v průběhu onemocnění.

Rádi bychom s vaším svolením použili vzorek již odebraného mozkomíšního moku k výzkumným účelům. Vzorek bude uchován po dobu nejvýše 5 let a použit k dodatečnému vyšetření na přítomnost prionové bílkoviny.

Všechny osobní údaje budou zakódovány, kódy bude mít u sebe hlavní zkoušející lékař, z dat vašeho příbuzného (osobu blízkou) nebude možné identifikovat. Získaná data budou po analýze publikována a prezentována v odborném tisku s plným zachováním anonymity

Velmi vám děkujeme za ochotu a jsme vám samozřejmě kdykoliv k dispozici, budete-li si přát další doplňující informace.

doc. MUDr. Robert RUSINA, Ph.D., Neurologická klinika 3. LF UK a FTN, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4; Tel. 26108 3522

PROHLÁŠENÍ PŘÍBUZNÉHO/OSOBY BLÍZKÉ VYŠETŘOVANÉ OSOBY

Nemám námitek proti tomu, aby vzorek mozkomíšního moku mého příbuzného/osoby blízké byl uchován a použit k výzkumným účelům.

Obdržel/a jsem datovaný a podepsaný stejnopis tohoto IS.

Při zařazení do studie budou osobní data mého příbuzného (osoby blízké) uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.

Při předávání dat bude zajištěna ochrana osobních údajů požadovaná „Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů“ známé pod označením GDPR.

V Praze, dne

Jméno a podpis příbuzného/osoby blízké: Jméno a podpis lékaře