

تصريح بالموافقة

اسم العائلة والإسم الاول للمريض/للمريضة:

تاريخ الميلاد:

الرجاء وضع علامة (تصريح الموافقة من دون علامة سيعتبر منطبقاً على كلا الحقلين):

 من أجل استخدام المواد البيولوجية والبيانات الصحية ذات الصلة بالبحث الطبي (نشرة المعلومات الصفحة 1 أو الكتيب في الجزء A)

- أنا الموقع أدناه أمنح موافقتي على،
- أن تكون بياناتي الصحية (على سبيل المثال، ملف المريض) متاحة للبحوث. أنا أعفي الطبيب المعالج والطبيبة المعالجة من واجب الالتزام بالحفاظ على السرية في هذا الصدد.
 - أوافق على السماح لمجموعة إنزيل الطبية باستخدام المواد البيولوجية والبيانات العلاجية المتوفرة حالياً لأغراض البحث.

 بخصوص أخذ عينات إضافية لصالح بنك السوائل الحيوي في بيرن

(نشرة معلومات الصفحة 2 أو الكتيب الجزء B)

أنا أوافق على:

- أن يتم أخذ عينة دم إضافية مني مرة واحدة (الحد الأقصى 20 ميليمتر، بما يتوافق مع أنابيب الجمع) وذلك لأغراض البحث. سيتم أخذ عينة الدم وفقاً لما يلي:
- جنباً إلى جنب مع عينة الدم الإعتيادية المأخوذة (أنابيب إضافية بدون "غرز" إضافي)
- عن طريق القسطرة الوريدية الموجودة (مايسمى بـ "فينفلون" من دون "غرز إضافي")
- عينة دم إضافية (إذا لم يكن أي من الخيارات المذكورة أعلاه ممكناً)
- أن يُسمح إذا لزم الأمر بالإضافة إلى عينة الدم بالحصول على المعلومات الإضافية التالية: الحجم / الوزن / الإثنية (أصل السلالة، مثلاً القوقازية)

أنا أصرح، بأنني

- قد تلقيت نشرة المعلومات التي تشكل جزءاً من تصريح الموافقة هذا (النسخة V1.0 من شهر شباط/فبراير 2016)، وأتاحت لي الفرصة لطلب كتيب المعلومات الإضافي (الإصدار 2.0 من شهر شباط/فبراير 2016).
- لقد تم إعلامي بشكل كاف عن إعادة استخدام المواد البيولوجية والبيانات الصحية للبحوث الطبية الحيوية؛
- لقد أتاحت لي الفرصة لطرح الأسئلة وقد تمت الإجابة على هذه الأسئلة بشكل مرضي؛
- إن موافقتي هي طوعية ولم تنشأ لي بشكل خاص أي مزايا أو عيوب، في عملية اتخاذي للقرار؛
- إنني على علم بأنه يمكنني في أي وقت سحب موافقتي هذه من دون الحاجة لبيان الأسباب؛
- أنا أعلم أن المواد البيولوجية والبيانات الخاصة بي سوف لن يتم نقلها إلى مؤسسات أخرى في الداخل أو الخارج لأغراض البحث إلا في صورة مشفرة أو مجهولة الهوية؛
- أنا أعلم أن اللوائح الناظمة لعمل بنك السوائل الحيوية في بيرن يمكن الوصول إليها في جميع الأوقات على العنوان التالي www.biobankbern.ch.
- أعلم بأنه سوف لن يتم إعلامي عن نتائج الدراسات حتى لو كانت تتعلق بصحتي.

المكان، التاريخ: توقيع المريضة أو توقيع المريض:

توقيع الممثل القانوني (اسم العائلة والأسم الأول، التوقيع):

و/أو
المكان، التاريخ:

من أجل الحصول على مزيد من المعلومات يرجى التوجه إلى طبيبك أو إلى مديريةية التعليم والبحث.