

	ZAŁĄCZNIK NR 4 – PROCEDURY PP5		NR – PP5/4 2013	
	ZGODA NA UDZIAŁ W EKSPERYMENCIE MEDYCZNYM / BADANIU KLINICZNYM			Strona 1/1
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA		DATA 1.04.2018	WYDANIE 4

Pieczętka Komórki Organizacyjnej
Szpitala Rejonowego w Raciborzu

Imię i nazwisko pacjenta: Lat:.....

Zamieszkały:.....

Wyrażam zgodę na udział w eksperymencie medycznym:

Oświadczam, że:

1. Zostałem, /am poinformowany/a o celu i skutkach eksperymentu medycznego/badania klinicznego, który zostanie wykonany, jak również o możliwości powikłań.
2. Zostałem, /am poinformowany/a o warunkach prowadzenia eksperymentu medycznego/badania klinicznego, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz możliwości wycofania się z eksperymentu na każdym etapie i bez żadnych konsekwencji.
3. Wyrażam również zgodę na inne procedury medyczne, które mogą być konieczne do wykonania w trakcie eksperymentu medycznego.
4. Wyrażam również zgodę na podanie miejscowo i ogólnie działających środków anestetycznych.

.....

Data (rok mc. dd.)

czytelny podpis Pacjenta

Podpis opiekuna prawnego (w przypadku Pacjentów niepełnoletnich)*

Wyrażam zgodę na udział w eksperymencie medycznym /badaniu klinicznym:

.....

Data (rok mc. dd.)

czytelny podpis Opiekuna Prawnego

Potwierdzam, że Pacjent został poinformowany o planowanym eksperymencie medycznym/badaniu klinicznym technice prowadzenia badań i powikłaniach mogących powstać w wyniku prowadzonego eksperymentu medycznego.

.....

Data (rok mc. dd.)

Lekarz, pieczętka i podpis

*W przypadku Pacjentów niepełnoletnich bezwzględnie wymagana jest zgoda jego Rodzica lub Opiekuna Prawnego