

Załącznik 4a - Formularz Świadomej Zgody – wersja dla Rodzica/Opiekuna prawnego

Ja niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, że zostałam/em szczegółowo poinformowany/na o sposobie przeprowadzenia badań, oczekiwanych korzyściach, ewentualnym ryzyku i zagrożeniach, wszelkich niedogodnościach związanych z uczestnictwem mojego dziecka w badaniu „**Wieloośrodkowy skrining w kierunku ADHD wśród pacjentów pediatrycznych w wieku szkolnym chorujących na cukrzycę typu 1**” oraz o moich i mojego dziecka prawach i obowiązkach.

Osoba przeprowadzająca badanie udzieliła mi wyczerpujących odpowiedzi na moje pytania. Przed podjęciem decyzji miałem/miałam możliwość zadawania pytań i uzyskania dodatkowych informacji. Jestem wystarczająco poinformowany/-a na temat celów i metod badania. Poinformowano mnie, że dodatkowe pytania dotyczące badania mogą kierować bezpośrednio do osoby prowadzącej badanie i że uzyskam na nie wyczerpującą odpowiedź.

Przeczytałam/em i zrozumiałam treść Formularza Informacyjnego dla Rodzica/Opiekuna oraz Klauzuli Informacyjnej. Jestem świadomy/a przysługującego mi prawa do odstąpienia od udziału / wycofania zgody na udział mojego dziecka w badaniu na każdym jego etapie, bez podania przyczyny, bez wpływu na opiekę lekarską, która będzie wymagana. Otrzymałam/am do rąk własnych Formularz Informacyjny dla Pacjenta, Klauzulę Informacyjną oraz Formularz Świadomej Zgody na udział w badaniu.

Po zapoznaniu się z Informacjami dla Rodzica/Opiekuna, wyrażam dobrowolną zgodę na udział w badaniu Imię i nazwisko dziecka..... (proszę wypełnić drukowanymi literami) w tym na: (Proszę zaznaczyć znakiem „X” w odpowiedniej kratce jeśli wyraża Pan/Pani zgodę)

- ☐ Wyrażam zgodę na przekazanie mi informacji dotyczących zdrowia mojego dziecka, które mogą pojawić się w związku z prowadzeniem badania naukowego.
- ☐ Wyrażam zgodę na kontakt ze mną i moim dzieckiem przez pracownika Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, w celu przeprowadzenia wywiadu-badania.
- ☐ Wyrażam zgodę na wykorzystanie dokumentacji medycznej mojego dziecka na potrzeby w/w badania.
- ☐ Wyrażam zgodę na badanie psychiatryczne mojego dziecka przez lekarza specjalistę psychiatrii/rezydenta psychiatrii pod nadzorem lekarza specjalisty, w przypadku potrzeby dalszej diagnostyki.

Data	Podpis Rodzica/Opiekuna prawnego
Data	Podpis osoby udzielającej informacji

