

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

Tytuł badania: Ocena występowania nosicielstwa *Streptococcus pneumoniae* w środowisku dziecięcym m. st. Warszawy

Imię i nazwisko pacjenta

1. Rodzic/opiekun dziecka zgadza się dobrowolnie na udział w badaniu.
2. Rodzic/opiekun dziecka otrzymał wyczerpującą informację o celu i sposobach wykonania badania oraz o czynnościach, którym dziecko zostanie poddane.
3. Rodzic/opiekun dziecka zobowiązuje się do poinformowania lekarza przeprowadzającego badanie o wszystkich lekach, które dziecko przyjmowało w ciągu ostatnich 3 miesięcy.
4. Rodzic/opiekun dziecka zgadza się na współpracę z lekarzem prowadzącym w zebraniu wywiadu.
5. Rodzic/opiekun dziecka jest poinformowany, że dziecko w każdej chwili może wycofać się z prowadzonego badania bez żadnych konsekwencji dotyczących przyszłej opieki medycznej.
6. Rodzic/opiekun dziecka zobowiązuje się nie rościć sobie żadnych pretensji z tytułu wykorzystania pobranego materiału biologicznego do celów niniejszego badania. Jednocześnie obowiązuje umowa, że nazwisko pacjenta nie będzie wymienione w żadnym raporcie ani publikacjach oraz nie zostanie ujawnione żadnej osobie postronnej.

Podpis rodzica/opiekuna dziecka

Nazwisko:

.....

(drukowanymi literami)

Podpis

.....

Data

Podpis lekarza

Nazwisko:

.....

(drukowanymi literami)

Podpis

.....

Data