

ՏԵՂԵԿԱՑՎԱԾ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎ

Ես՝ ներքոստորագրյալս

(ԱԱՀ, լրիվ)՝ _____,

Բնակվում եմ (հասցե) _____,

Այս բաժինը լրացվում է միայն 18 տարեկանը չլրացած անձանց կամ անգործունակ քաղաքացիների համար:
Ես օրինական ներկայացուցիչ եմ (մայր, հայր, որդեգրող, հոգաբարձու, խնամակալ)
-ԱԱՀ լրիվ _____

տալիս եմ կամավոր համաձայնություն իմ/կամ իմ անչափահաս երեխայի՝ պատվաստանյութով կանխարգելվող և այլ ընթացիկ հիվանդությունների նկատմամբ պոպուլյացիոն իմունիտետի գնահատման հետազոտությանը մասնակցելու համար:

Բժիշկ-հետազոտող՝ հետազոտության անցկացման համար պատասխանատու աշխատակցի ԱԱՀ

Ես ստացա սպառիչ բացատրություններ այն աշխատակցից, ով ինձ հետ քննարկեց իմ կամ անչափահաս երեխայիս՝ տվյալ հետազոտության մասնակցության վերաբերող հարցեր՝ տվյալ հետազոտության բնույթի, նպատակների և տևողության մասին:

Ես հաստատում եմ, որ ամբողջությամբ կարդացել և հասկացել եմ կից ներկայացված տեղեկատվությունը: Ինձ տրամադրվել է ամբողջական և հասկանալի տեղեկատվություն հետազոտության վերաբերյալ: Ես հնարավորություն ունեցա տալ ինձ մոտ առաջացած բոլոր հարցերը:

Ես հասկանում եմ, որ իմ կամ անչափահաս երեխայիս մասնակցությունը տվյալ հետազոտությանը կամավոր է: Ես կարող եմ ցանկացած պահին և առանց պատճառների բացատրության հրաժարվել հետազոտությանը մասնակցելուց և դա չի բերի անցանկալի հետևանքների իմ առողջության և հետագա բժշկական հսկողության համար:

Ես հասկանում եմ, որ վերահսկող կազմակերպությունների լիազորված ներկայացուցիչները և էթիկայի հանձնաժողովը կարող են ծանոթանալ իմ կամ անչափահաս երեխայիս բժշկական փաստաթղթերի որոշ հատվածներին, որոնք վերաբերում են իմ կամ երեխայիս մասնակցությանը տվյալ հետազոտությանը: Իմ ստորագրությամբ ես նրանց իրավունք եմ տալիս մուտք ունենալու իմ կամ անչափահաս երեխայիս բժշկական փաստաթղթերին:

Ես հասկանում եմ, որ տվյալ հետազոտության ընթացքում հավաքվելու է տեղեկատվություն, որը համարվելու է գաղտնի: Որևէ մեկին և երբեք չի հաղորդվի իմ կամ անչափահաս երեխայիս անունը:

Ես չեմ փորձի սահմանափակել հետազոտության արդյունքների հնարավոր օգտագործումը:

Ես համաձայն եմ մասնակցելու տվյալ հետազոտությանը և համագործակել բժիշկ-հետազոտողի հետ. հետազոտություն իրականացման համար պատասխանատու աշխատողի կամ անրաժեշտության դեպքում՝ իր խմբի լիազորված աշխատողների ԱԱՀ:

Ես տալիս եմ կամավոր համաձայնությունս իմ կամ անչափահաս երեխայիս մոտ բժշկական միջամտության (երակային արյան նմուշառում) կատարման համար:

Ես պարտավորվում եմ անհապաղ հայտնել իմ կամ անչափահաս երեխայիս մոտ առողջական վիճակի նորմայից բոլոր շեղումների մասին:

Ես համաձայն եմ, որ իմ տեղամասային բժիշկը կամ ուրիշ բժիշկներ, ովքեր պատասխանատու են իմ կամ անչափահաս երեխայիս առողջության համար, տեղեկացվեն տվյալ հետազոտությանը իմ կամ անչափահաս երեխայիս մասնակցության մասին:

Ես համաձայն եմ, որ բժիշկ հետազոտողը կարող է դիմել իմ հարազատներին կամ ծանոթներին, բուժող/տեղամասային բժշկին կամ բժշկական այլ մասնագետներին, իմ կամ անչափահաս երեխայիս առողջական վիճակի վերաբերյալ տեղեկություն

ստանալու, եթե լինի դրա անհրաժեշտությունը տվյալ հետազոտության կատարման համար:

Ես համաձայն եմ, որ իմ և անչափահաս երեխայիս հետազոտության արդյունքներն ուղարկվեն իմ էլեկտրոնային փոստին, որը նշել եմ հարցաթերթում:

Ես ստացել եմ մասնակցին տրվող տեղեկատվության և հետազոտության մասնակցելու համաձայնության տվյալ **Ձևի** ստորագրված օրինակը:

Ես հաստատում եմ անժամկետ համաձայնությունս, որ, ելնելով հետազոտության նպատակներից, իրականացվի իմ կամ անչափահաս երեխայիս անձնական տվյալների, ինչպես նաև առողջության վերաբերվող տեղեկությունների մշակում (հավաք, պահպանում, համակարգում, հաշվառում, կուտակում, փոխանցում): Այն դեպքում, եթե ես հանդիսանում եմ հետազոտությանը մասնակցող անձի օրինական ներկայացուցիչ, ապա համաձայն եմ, վերջինիս անձնական տվյալների (մասնավորապես՝ քաղաքացիություն, ԱԱՀ, սեռ, բնակության վայր և այդ վայրում բնակության տևողություն, ծննդյան թիվ, հեռախոսահամարներ, էլեկտրոնային հասցեներ, աշխատանքի վայրեր, տեղեկություններ առողջության վերաբերյալ) մշակման իրականացմանը:

Ես տալիս եմ իմ համաձայնությունը տվյալ փաստաթղթի ստորագրման համար ֆաքսիմիլային ստորագրություն օգտագործելու համար:

Կամավորի (օրինական ներկայացուցչի) անուն, ազգանուն

Ամսաթիվ

Ստորագրություն

Հետազոտության անցկացման պատասխանատու աշխատակցի ԱԱՀ

Ամսաթիվ

Ստորագրություն