



**Személyes adatok**

Név:.....

Születési dátum:.....

TAJ szám:.....

Szülő neve:.....

Szülő telefonszáma:.....

OPR BETEGSZÁM

KÓRHÁZ

ORVOS

**TÁJÉKOZTATÓ:**

A vizsgálat célja, hogy megtaláljuk az Ön gyermeke hasi fájdalmának hátterében álló betegséget. A vizsgálat elsősorban a hasnyálmirigy gyulladás kockázatának felmérését segíti, valamint hozzájárul annak korai felismeréséhez. A vizsgálat fizikális vizsgálatból, vértételből és radiológiai (hasi UH vagy CT) vizsgálatból áll. Ezen vizsgálatok jelentős részét nagy valószínűség szerint egyébként is elvégezné kezelőorvosa. A vizsgálatnál olyan gyors, egyszerű és hiteles klinikai pontrendszer kidolgozását reméljük, amelynek segítségével a legnagyobb biztonsággal és költséghatékonysággal megítélhetővé válik egy adott hasfájás miatt vizsgált betegnél a hasnyálmirigy enzimek levételének illetve a hasi UH vagy CT vizsgálat elvégzésének szükségessége.

**A VIZSGÁLAT IDŐTARTAMA ÉS A VIZSGÁLATBA VALÓ BELEEGYZÉS VISSZAVONHATÓSÁGA:**

Az Ön gyermekének adatai teljesen anonim módon kerülnek felhasználásra. Az Ön kutatásba való beleegyezése önkéntes, azt bármikor akár szóban, akár írásban visszavonhatja anélkül, hogy ebből gyermekének hátránya származna. Visszavonás esetén a továbbiakban az ezzel kapcsolatos klinikai adatok még anonim módon sem kerülnek felhasználásra. Bármikor kapcsolatba léphet és további kérdéseket tehet fel kezelőorvosának és/vagy a kutatás koordinátorának.

A betegtájékoztatót és a fenti rövid összefoglalót elolvastva illetve a tájékoztatást adó orvost meghallgatva megértettem a ETT TUKEB ad.52857-2/2014 engedélyű vizsgálat célját. Ezek ismeretében **a vizsgálatba beleegyezem**. Hozzájárulok, hogy gyermekem adatait tudományos célra feldolgozzák és neve említése nélkül szakdolgozatban közöljék. Továbbá hozzájárulok, hogy vérmintáját illetve adatait a vizsgálatot végző helyen a kutatás ideje alatt, annak visszavonásáig illetve az adatfelvételtől számított legalább 30 évig tárolják.

A vizsgálatban gyűjtött adatok kezelője a Pécsi Tudományegyetem. Az egyetem adatvédelmi tisztviselője Dr. Szőke Gergely László, e-mail: adatvedelem@pte.hu, Tel.: (72) 501 599 / 23321 mellék. Az egyetem egészségügyi adatvédelmi tisztviselője Dr. Románcz Erzsébet, e-mail: romancz.erszebet@pte.hu, Tel.: (72) 533 133 / 33018 mellék.

A PTE az adatkezelő szerződésben meghatározott feltételekkel további adatfeldolgozókat vehet igénybe az adatok elektronikus tárolására és a GDPR szabályainak betartásával történő adattovábbításra. Az etikai engedély beadásakor az alábbi két adatfeldolgozó vesz részt a fenti folyamatokban:

- 1) Transzlációs Medicina Alapítvány, 6725 Szeged, Pálfy u. 52/d.
- 2) Digital Kft., 6723 Szeged, Csongrádi sgt. 83.

Az aláírással egyidejűleg a beleegyző nyilatkozat és a tájékoztató egy-egy eredeti példányát átvettem.

....., 20 ..... hó ..... nap.

.....  
kutatásvezető/tájékoztatót adó orvos

.....  
részvevő (beteg) aláírása

.....  
törvényes képviselő aláírása<sup>1</sup>

<sup>1</sup> **Nem cselekvőképességű beteg** vagy **18 év alatti beteg** esetén kötelező. Amennyiben a résztvevő vagy a törvényes képviselő nem tud olvasni, akkor szükséges két tanú jelenléte és aláírása az érvényes beleegyző nyilatkozathoz.

Alulírott tanúk, aláírásunkkal igazoljuk, hogy a vizsgálatba bevonni kívánt személy, illetve törvényes képviselője számára minden lehetséges információt megadtak, és a bevonni kívánt személy és/vagy törvényes képviselője önkéntesen és befolyásolástól mentesen adta meg a részvételbe történő beleegyezését.

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ  
ÉS BELEEGYZŐ  
NYILATKOZAT**

**Gyermekkori  
Pankreatitisz**



Pain IN EARly phase of Pediatric Pancreatitis

**PINEAPPLE-P**

.....  
1. tanú aláírása

.....  
2. tanú aláírása

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Szem. ig. szám: .....

Szem. ig. szám: .....

**A MAGYAR HASNYÁLMIRIGY MUNKACSOPORT ÉS AZ INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PANCREATOLOGY KÖZÖS VIZSGÁLATA**



**HPSG**  
[www.pancreas.hu](http://www.pancreas.hu)

**HPSG vezető és IAP tudományos bizottsági tag:**

Hegyi Péter **Tel:** +36 70 375 1031 **e-mail:** hegyi2009@gmail.com

**Vizsgálatvezető:**

Mosztbacher Dóra **Tel:** +36 20 984 0776

**e-mail:** dora.mosztbacher@gmail.com

**iap** international association of  
pancreatology  
investigate . innovate . inspire

[www.internationalpancreatology.org](http://www.internationalpancreatology.org)