

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

ADATVÉDELEM

(18 évnél idősebb cselekvőképes személy)

A kutatás azonosító adatai

A kutatás címe: „**Korai zsírsav elimináció hatása a hipertrigliceridémia indukált heveny hasnyálmirigy gyulladás lefolyására (ELEFANT)**” (randomizált, kontrollált klinikai vizsgálat)

Kutatásvezető: **Prof. Dr. Hegyi Péter** témavezető, Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12.

A kutatás várható időtartama: **az etikai engedély kiadásától számított 5 év (2025.01.31.)**

A kutatásba bevonni tervezett résztvevők száma: **kb. 495 fő**

A kutatás megkezdéséhez szükséges engedélyt a **Nemzeti Népegészségügyi és Egészségtudományi Központ (NNGYK)** adta ki az alábbi iktatószámmal: **2460-4/2020/EÜIG.**

Intézmény:

Tájékoztatást végző személy

Név:

Beosztás: Munkakör:

Résztvevő

Név: Születési hely, idő:

TAJ szám: E-mail:

Telefonszám: Lakcím:

1. Elolvastam és megértettem a tájékoztató adatlapot, lehetőségem volt kérdéseket feltenni, és azokra mindenben kielégítő választ kaptam.
2. Kijelentem, hogy a vizsgálatban szabad elhatározásomból veszek részt, bármikor szabadon, akár szóban, akár írásban visszaléphetek és ez sem a kezelésemet, sem a jogaimat nem fogja befolyásolni.

3. Tudomásul veszem, hogy a rám vonatkozó orvosi feljegyzések egy részébe a vizsgálatban résztvevő személyek betekintenek, ehhez hozzájárulok.
4. Beleegyezem, hogy a vizsgálatához történő adatgyűjtés során a rólam nyert adatok, eredmények, nevem és személyi adataim teljes titokban tartásával a későbbiekben tudományos elemzés és szakfolyóiratban publikáció céljára tárolásra, felhasználásra kerüljenek.
5. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálatokban való részvételért anyagi juttatásban nem részesülök.
6. Tudomásul veszem, hogy a megfelelő, hatóságilag szabályozott ellenőrzés mellett a vizsgálati eredmények és adatok más hazai és külföldi kutatókhoz továbbíthatók, akik ezeket előre meghatározott kutatási célra felhasználhatják.
7. Hozzájárulok ahhoz, hogy a jövőben a kutatásban résztvevők a megadott elérhetőségiemen megkeressenek, a vizsgálatához szükséges további információk beszerzése céljából.

Dátum:

.....
tájékoztatást végző orvos aláírása

.....
résztvevő aláírása