  

**Zespół badawczy RAPTOR-C19**

Nuffield Department of Primary Care Health Sciences Radcliffe Primary Care Building - Uniwersytet w Oksfordzie mieszczący się przy ulicy Woodstock Rd

Oxford Kod pocztowy OX26GG

Główny badacz: Profesor Richard Hobbs. Adres e-mail: [RAPTOR@phc.ox.ac.uk](mailto:RAPTOR@phc.ox.ac.uk)

*Kod badania: Kod identyfikacyjny miejsca: Numer identyfikacyjny uczestnika:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

**FORMULARZ ZGODY: Testy RAPid dla Covid-19 (RAPTOR-C19)**

*Imię i nazwisko badacza naukowego: Jeśli się zgodzisz, prosimy o zaznaczenie pola*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Przeczytałem(łam) i zrozumiem informacje dotyczące badania i/lub rozumiem informacje dotyczące badania, które zostały mi odczytane (Wersja 1.0 z datą 01.06.2020 r.). Miałem(łam) okazje zadawać pytania  i otrzymać zadowalające odpowiedzi. |  | |
| 2. Rozumiem, że udział mojego dziecka jest dobrowolny i może ono wycofać się w dowolnym momencie bez podawania przyczyny, bez wpływu na jego opiekę medyczną lub prawa. |  | |
| 3. Wyrażam zgodę na przekazanie próbek mojego dziecka do tego badania. Uważam te próbki za podarunek dla Uniwersytetu w Oksfordzie i rozumiem, że ani ja, ani moje dziecko nie uzyskamy żadnych bezpośrednich korzyści osobistych  ani finansowych. |  | |
| 4. Zgadzam się, że zespół badawczy zostanie poinformowany o wynikach testów laboratoryjnych mojego dziecka na COVID-19  . |  | |
| 5. Rozumiem, że odpowiednie sekcje dokumentacji medycznej mojego dziecka oraz danych zebranych przez zespół badawczy mogą być przejrzane przez upoważnione osoby z Uniwersytetu w Oksfordzie, organizacje  NHS i przez osoby monitorujące zarządzaniem badaniami. Zezwalam tym osobom na dostęp do zapisów badawczych mojego dziecka. |  | |
| 6. Zgadzam się, że informacje będące w posiadaniu i przechowywane przez Public Health England i Digital NHS  mogą być wykorzystywane do przekazywania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka. |  | |
| 7. Wyrażam zgodę na wzięcie udziału mojego dziecka w tym badaniu. |  | |
| Dodatkowo i opcjonalnie |  | |
| 8. Wyrażam zgodę na kontakt w sprawie badań etycznych zatwierdzonych, dla których moje dziecko będzie odpowiednie. Rozumiem, że wyrażenie zgody na kontakt nie zobowiązuje nas do udziału .  w żadnych dalszych badań. | Tak | Nie |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| *Imię i nazwisko dziecka* | *Imię i nazwisko rodzica/opiekuna* |  | *Data* |
|  |  |  |  |
| *DUŻYMI LITERAMI imię i nazwisko osoby odbierającej zgodę* | *Data* |  |  |

Zaznacz, jeśli formularz został wypełniony ustnie i udokumentowano go poprzez osobę odbierającą zgodę

*\* 1 kopia dla rodzica/opiekuna; 1 kopia do folderu z dokumentacją badawczą; 1 (oryginał) do przechowywania w dokumentacji medycznej* (jeśli uczestnik jest pacjentem)

Formularz zgody rodzica Wersja/Data: 11 czerwca 2020 r.

Szybkie testy społeczności dla COVID-19 IRAS ID: 284320

Główny badacz: Prof. Richard Hobbs Etyczny nr ref:

Strona 1 z 1