**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY - Przedstawiciel prawny**

Numer identyfikacyjny uczestnika:

Tytuł próby: STOP-COVID19: **Badanie** **wyższości** i**nhibitora** proteazy **w** **COVID-19**

Główny badacz: Profesor James Chalmers

Sponsorzy: Uniwersytet w Dundee i NHS Tayside

Poproszę początkowe pole

1. Potwierdzam, że przeczytałem(łam) i rozumiem wersję Arkusza informacyjny dla przedstawiciela prawnego...........................................data............................................................................................................................. dla powyższego projektu. Miałem okazję przeanalizować informacje, zadać pytania i uzyskać odpowiedz na nie w zadowalający sposób.
2. Rozumiem, że udział mojego wychowanka / krewnego / osoby, wobec której wyrażam zgodę, jest dobrowolny i że mogę wycofać wychowanka / krewnego / osobę, wobec której wyrażam zgodę w dowolnym momencie, bez podania przyczyny i bez mojego wychowanka / krewnego / osoby wyrażam zgodę na naruszenie opieki medycznej lub praw.

3. Rozumiem, że odpowiednie sekcje dokumentacji medycznej i danych zebranych podczas badania mojego wychowanka / krewnego / osoby, na które wyrażam zgodę mogą być przejrzane przez osoby ze strony sponsora (Uniwersytet w Dundee / NHS Tayside) z organizacji NHS lub organów regulacyjnych / innych organów, gdy ma to znaczenie dla ich udziału w tej próbie. Wyrażam zgodę na dostęp tych osób do jej danych.

4. Zgadzam się, że poufne informacje o moim wychowanku / krewnym / osobie, wobec której wyrażam zgodę na gromadzenie danych na potrzeby tego badania, mogą zostać wykorzystane w etycznych badaniach medycznych w przyszłości, w tym w badaniach z organizacjami komercyjnymi. Wszelkie informacje, które mnie zidentyfikują, zostaną usunięte przed ich udostępnieniem

5. Zgadzam się, że pozostawione próbki krwi, plwociny i wymazów z nosa mojego wychowanka / krewnego / osobie, wobec której wyrażam zgodę mogą być przechowywane i wykorzystywane do wspierania etycznie zatwierdzonych przyszłych badań, w tym badań z organizacjami komercyjnymi. Wszelkie informacje, które mnie zidentyfikują, zostaną usunięte przed ich udostępnieniem . Zgadzam się podarować te próbki Sponsorom.

6. Zgadzam się, że lekarz ogólny mojego wychowanka / krewnego / osoby, wobec której wyrażam zgodę, został poinformowany, że bierze on udział w tej próbie.

1. Wyrażam zgodę na udział w powyższej próbie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Potwierdzam, że jestem prawnym przedstawicielem dla: | | |
| Nazwa uczestnika (dużymi literami) |  |  |
|  |  |  |
| Imię i nazwisko przedstawiciela prawnego (dużymi litery) | Data | Podpis |
|  |  |  |
| Relacja z uczestnikiem |  |  |
|  |  |  |
| Imię i nazwisko osoby odbierającej zgodę (dużymi literami) | Data | Podpis |