**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY - Zdolność do powrotu do zdrowia**

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

Prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola

1. Potwierdzam, że przeczytałem(łam) i rozumiem wersję Arkusz informacyjny dla uczestnika - Zdolność do powrotu do zdrowia................................Data........................................................................................................................................ dla powyższego projektu. Miałem okazję przeanalizować informacje, zadać pytania i uzyskać odpowiedz na nie w zadowalający sposób.
2. Rozumiem, że mój udział jest dobrowolny i że mogę wycofać się w dowolnym momencie bez podawania przyczyny. Nie wpłynie to na moją opiekę medyczną ani na moje prawa.

3. Zgadzam się, na udostępnianie poufne informacje o mnie poza moim zespołem opieki klinicznej (lub zespołem badawczym), jeśli jest to konieczne do przeprowadzenia tej próby.

4. Zgadzam się, że poufne informacje o mnie zebrane na potrzeby tego badania mogą zostać wykorzystane w etycznie zatwierdzonych badaniach medycznych w przyszłości, w tym w badaniach z organizacjami komercyjnymi. Wszelkie informacje, które mnie zidentyfikują, zostaną usunięte przed ich udostępnieniem

5. Zgadzam się, aby mój lekarz ogólny został poinformowany o moim udziale w tej próbie.

6. Wyrażam zgodę na mój kontakt z Badaczem i / lub zespołem badawczym, jeśli będzie to odpowiednie do dalszych projektów (opcjonalnie). TAK/NIE

1. Wyrażam zgodę na wzięcie udziału w powyższej próbie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nazwa uczestnika (dużymi literami) | Data | Podpis |
|  |  |  |
| Imię i nazwisko osoby odbierającej zgodę (dużymi literami) | Data | Podpis |