

**Информированное согласие на участие в исследовании «Оценка популяционного иммунитета к вакциноуправляемым и другим актуальным инфекциям».**

Я, нижеподписавшийся (аяся),  
(ФИО полностью) \_\_\_\_\_,

Проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_,

*Этот раздел заполняется только на несовершеннолетних лиц и лиц, признанных в установленном порядке недееспособными:*

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, попечитель, опекун)  
ФИО полностью \_\_\_\_\_

Даю свое добровольное согласие на свое участие и/или участие ребенка, законным представителем которого я являюсь (далее – моего ребенка), лица, законным представителем которого я являюсь, в исследовании «Оценка популяционного иммунитета к вакциноуправляемым и другим актуальным инфекциям».

Врач-исследователь: \_\_\_\_\_

**Я** получил(ла) исчерпывающие разъяснения от сотрудника исследовательской группы, который обсуждал со мной вопрос о моем участии и/или участии моего ребенка и/или лица, законным представителем которого я являюсь, в исследовании, по поводу характера, целей и продолжительности данного исследования.

**Я** подтверждаю, что полностью прочитал(а) и понял(а) прилагаемую информацию. Мне была предоставлена полная и понятная информация для участника исследования. У меня была возможность задать все возникшие вопросы.

**Я** понимаю, что мое участие и/или участие моего ребенка и/или лица, законным представителем которого я являюсь, в этом исследовании добровольное. Я могу в любое время и без объяснения отказаться от участия в исследовании, и это не повлечет никаких нежелательных последствий для моего здоровья, здоровья моего ребенка или лица, законным представителем которого я являюсь, и последующего медицинского наблюдения.

**Я** понимаю, что сотрудники исследовательской группы и этического комитета могут ознакомиться с некоторыми разделами моей и/или моего ребёнка и/или лица, законным представителем которого я являюсь, медицинской документации, относящейся к данному исследованию. Своей подписью я предоставляю им право доступа к необходимой медицинской документации.

**Я** понимаю, что в ходе данного исследования будет собрана информация, которая будет рассматриваться как конфиденциальная. Никому и никогда не будет сообщаться мое имя и/или моего ребенка и/или лица, законным представителем которого я являюсь. Доступ к персональной информации будут иметь только координаторы исследовательской группы.

**Я** не буду пытаться ограничить возможное использование моего биологического материала и/или моего ребенка и/или лица, законным представителем которого я являюсь, и результатов исследования.

**Я** согласен(на) принять участие в данном исследовании и сотрудничать с врачом-исследователем \_\_\_\_\_ и сотрудниками исследовательской группы.

**Я** обязуюсь немедленно сообщать обо всех замеченных отклонениях от нормы в состоянии моего здоровья и/или моего ребенка, и/или лица, законным представителем которого я являюсь.

**Я** проинформирован о том, что исследование не представляет опасности для здоровья.

**Я** согласен(на) с тем, что лечащий врач может быть проинформирован о моем и/или моего ребенка и/или лица, законным представителем которого я являюсь, участии в данном исследовании.

**Я** согласен(на) с тем, что врач-исследователь может обратиться ко мне, к моим близким родственникам, лечащему врачу или другим медицинским специалистам для получения информации, необходимой для выполнения данного исследования.

**Я** согласен(на) с тем, что результат моего анализа и/или анализа моего ребенка и/или лица, законным представителем которого я являюсь, будет выслан на мою электронную почту, указанную мною в Анкете.

**Я** получил(а) подписанный экземпляр этой Формы информированного согласия и согласия на участие в исследовании.

**Я** подтверждаю свое бессрочное согласие на обработку (сбор, хранение, систематизацию, учет, передачу, накопление, хранение) моих персональных данных и/или моего ребенка и/или лица, законным представителем которого я являюсь, полученных в ходе данного исследования, а именно гражданства, фамилии, имени, отчества, пола, места проживания, длительности проживания по месту жительства, даты рождения, номера телефона, адреса электронной почты, места работы, сведений из истории болезни, медицинского диагноза, результатов исследования (равно и иных, связанных со здоровьем сведений).

**Я** даю свое согласие на использование факсимиле при подписании данного документа.

Ф.И.О. участника (законного представителя) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О. сотрудника  
исследовательской  
группы (регистратора) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_