



رقم المريض

نموذج موافقة المريض (16 سنة فأكثر)

نشكرك على قراءة المعلومات حول التبرع بالعينات للبنك الحيوي (VIVO Biobank) لأبحاث السرطان. يرجى ملاحظة أن هذا منفصل عن أي تجربة سريرية قد يُطلب من طفلك الانضمام إليها. إذا كنت ترغب في المشاركة، يرجى وضع الأحرف الأولى من المربعات أدناه.

1. لقد قرأت وفهمت نشرة المعلومات (+16 الإصدار 1 أ يونيو 2023) وتمكنت من طرح الأسئلة. وقد تمت الإجابة على هذه الأسئلة بوضوح.

2. أُمح الإذن بتخزين عيناتي (الفائضة عن الحاجة السريرية) من قبل بنك فيفو الحيوي ولن يتم إعطاؤها إلا لمشاريع بحثية بموافقة أخلاقية للتحقيق في الوقاية من السرطان وتشخيصه و/أو علاجه.

3. أُمح الإذن بتخزين عينات إضافية، تُؤخذ في نفس وقت العينة السريرية، من قبل بنك فيفو الحيوي ولن يتم إعطاؤها إلا لمشاريع بحثية بموافقة أخلاقية للتحقيق في الوقاية من السرطان وتشخيصه و/أو علاجه.

4. أفهم أن المشاركة طوعية وأنني حر في سحب الموافقة في أي وقت دون إبداء سبب ودون التأثير على علاجي الطبي أو حقوقي القانونية. وإذا سحبت الموافقة، فسيتم تدمير العينات والبيانات ما لم يتم استخدامها بالفعل في البحث.

5. أُمح الإذن بتزويد قاعدة بيانات بنك فيفو الحيوي بالمعلومات المتعلقة بحالتي الصحية في مذكراتي الطبية وتخزينها بشكل آمن لأغراض البحث. أفهم أن بنك فيفو الحيوي سيحافظ على سرية هذه المعلومات في جميع الأوقات، وسيخزنها بشكل آمن بما يتماشى مع لوائح البيانات الحالية. ولن تُعطى المعلومات للباحثين إلا بطريقة تحمي هويتي.

6. أفهم أن المعلومات التي تحتفظ بها وتديرها سجلات الصحة الوطنية قد تُستخدم لتوفير معلومات حول حالتي الصحية.

7. أوافق على ربط أنسجتي وبياناتي السريرية، التي يجمعها بنك فيفو الحيوي، بالبيانات الجينومية التي تولدها وتحتفظ بها NHS انكلترا / جينوميك انكلترا و/أو المختبرات السريرية الأخرى.

8. أوافق على استخراج مادتي الجينية من العينات المخزنة لدى بنك فيفو الحيوي واختبارها لأغراض البحث.

9. أفهم أن عيناتي و/أو بياناتي، بما في ذلك البيانات المنشورة، قد تكون متاحة للباحثين في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك البلدان التي لا توجد بها قوانين لحماية البيانات مماثلة لتلك الموجودة في المملكة المتحدة، ولكن لن تتم مشاركة أي معلومات تعريف شخصية.

10. أفهم أنه لن يتم إخباري بنتائج أي مشاريع بحثية فردية. إذا أظهرت الأبحاث نتائج قد تكون ذات صلة بي، فأنا أوافق على أنه يجوز نقل هذه النتائج إلى طبيبي لمناقشة أفضل مسار للعمل.

11. أفهم أنني لن أستفيد ماليًا من تبرعي بالعينات. ويشمل ذلك استخدام عيناتي في الأبحاث التي تؤدي إلى تطوير علاج جديد أو اختبار طبي.

12. أوافق على استخدام عيناتي وبياناتي في الأبحاث المعتمدة أخلاقياً والتي تتضمن الحيوانات، وأنه يجوز نقل المواد من عينات طفلي إلى الحيوانات.

لا

يرجى الإشارة إلى اختيارك من خلال وضع الأحرف الأولى من اسم أحد المربعات. نعم

التاريخ

التوقيع

اسم الطفل (أحرف كبيرة)

التاريخ

التوقيع

الشخص الذي يأخذ الموافقة (أحرف كبيرة)

نسخة واحدة في ملف الموقع، ونسخة واحدة للمريض، ونسخة واحدة يتم الاحتفاظ بها في الملاحظات الطبية للمريض.

نموذج الموافقة (للمريض +16) الإصدار 1 أ يونيو 2023 رقم 327843 من هيئة الإيرادات الداخلية