

Информированное добровольное согласие на использование сведений, составляющих врачебную тайну и биологического материала в научно-исследовательской и образовательной деятельности

Научно-исследовательская деятельность – это деятельность, направленная на получение и применение новых знаний.

Я, _____ «__» _____ года рождения,

(место рождения)

зарегистрированный по адресу: _____

1. Даю информированное добровольное согласие в отношении:

- моих сведений, составляющих врачебную тайну;
- образцов моего биологического материала, удалённого в ходе хирургического вмешательства по медицинским показаниям;
- образцов крови (не более 15 мл), получение которых не влияет на общее состояние, течение основного заболевания, тактику обследования и лечения (далее – медицинские данные и биоматериал),

для чего предоставляю ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России (далее – Учреждение) право владения, пользования и распоряжения медицинскими данными и биоматериалом (далее - использование).

Все действия с медицинскими данными и биоматериалом осуществляются исключительно в научно-исследовательских и образовательных целях, в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я согласен (согласна) что использование, в том числе включает проведение лабораторной диагностики биоматериала, передачу третьим лицам медицинских данных и биоматериала*, а также общедоступную публикацию медицинских данных, результатов лабораторной диагностики биоматериала и результатов научно-исследовательской деятельности, полученных с использованием медицинских данных и биоматериала, при условии обезличивания персональных данных.

Я согласен (согласна) на внесение в базы данных и использование в статистическом анализе медицинских данных и результатов лабораторной диагностики биоматериала.

Я согласен(согласна) на запись медицинских данных, результатов лабораторной диагностики биоматериала и результатов научно-исследовательской деятельности, полученных с использованием медицинских данных и биоматериала на любые информационные носители, с использованием любых технических средств.

Я согласен(согласна) на участие в анкетировании (по электронной почте либо через специально адаптированные интернет-приложения) для сбора катamnестических данных.

Я проинформирован(а), что все вышеуказанные действия осуществляются без дополнительного согласования со мной.

Я проинформирован(а), что Учреждение обязуется осуществлять строгий контроль за соблюдением конфиденциальности.

Я понимаю, что не получу вознаграждения за использование медицинских данных и биоматериала. Я не претендую на результаты и продукты, полученные в ходе научно-исследовательской деятельности.

2. Я проинформирован(а), что в любое время могу отозвать настоящее согласие.

Я понимаю, что отзыв настоящего согласия будет распространяться на действия, осуществляемые во время и после отзыва настоящего согласия.

Я понимаю, что на полученные и опубликованные результаты научно-исследовательской деятельности отзыв настоящего согласия распространяться не будет.

Я проинформирован(а), что в любое время могу истребовать свой биоматериал. Биоматериал возвращается в объёме неиспользованного остатка.

Я ознакомлен(а) с порядком отзыва настоящего согласия и порядком истребования биоматериала**.

Я проинформирован(а), что в случае отзыва настоящего согласия Учреждение обязуется обеспечить уничтожение данных и биоматериала. Биоматериал не подлежит уничтожению при условии его истребования.

Настоящее согласие действует бессрочно, за исключением случаев применения пункта 2 настоящего согласия.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего согласия, они мне понятны, о чём свидетельствует моя подпись ниже.

Подпись _____ Дата _____

* Передача третьим лицам возможна только обезличенных данных и невозобновляемого биоматериала.

** Пациенту (или его законному представителю) необходимо направить заявление в свободной форме на имя заместителя директора по научной работе, содержащее данные пациента (ФИО, дата и место рождения), намерение отозвать настоящее согласие и/или изъять образцы биоматериала, контактные данные (телефон, почтовый адрес), число и подпись. Если обращается законный представитель, то дополнительно прикладывается документ, подтверждающий его полномочия.