**Ενημερωμένη συγκατάθεση ασθενούς για το πρωτόκολλο PROBESE**

Η κάτωθι υπογεγραμμένη

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ονοματεπώνυμο ασθενούς)

Δηλώνω ότι

* Έχω διαβάσει το ενημερωτικό φυλλάδιο για το πρωτόκολλο PROBESE
* Έχω πάρει ικανοποιητικές απαντήσεις σε όλες μου τις απορίες
* Έχω λάβει όλες τις πληροφορίες σε σχέση με τη μελέτη και
* Παρέλαβα ένα αντίγραφο αυτής της φόρμας

Μίλησα με \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(όνομα ερευνητή) και κατανόησα ότι η συμμετοχή μου στη μελέτη δε θα επηρεάσει την ιατρική φροντίδα που θα λάβω.

Γνωρίζω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική. Καταλαβαίνω ότι μπορώ να αποσύρω τη συγκατάθεσή μου για συμμετοχή σε αυτή τη μελέτη

* Όποτε θελήσω
* Χωρίς καμία δικαιολογία
* Χωρίς καμία αρνητική συνέπεια για τη φροντίδα που θα λάβω

**Ελεύθερα δίνω τη συγκατάθεσή μου για συμμετοχή στη μελέτη**

/ /2016 Υπογραφή συμμετέχοντος:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Υπογραφή ερευνητή:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_