**FORMULARZ ZGODY**

**Tytuł projektu:** Projekt Krajowe punktowe badanie dotyczące anestezji położniczej SONAR 1 (Snapshot Obstetric National Anaesthetic Research)

**Numer ośrodka**:

**Numer badania**:

**Numer identyfikacyjny uczestnika tego badania:**

**ZAPARAFOWAĆ**

pola

**Imię i nazwisko badacza:**

**[TBC]**

**[TBC]**

1. Potwierdzam, że zapoznałam się z ulotką informacyjną z dnia ............... (wersja ..............) dotyczącą powyższego badania. Miałam możliwość zastanowienia się nad tymi informacjami, zadać pytania i uzyskałam na nie zadowalające odpowiedzi.
2. Rozumiem, że mój udział jest dobrowolny i że w dowolnym momencie mogę się wycofać bez podawania przyczyny, bez szkody dla świadczonej mi opieki medycznej i bez uszczerbku dla moich ustawowych praw.
3. Rozumiem, że odpowiednie części mojej dokumentacji medycznej i dane zebrane w trakcie badania mogą być przeglądane przez osoby reprezentujące organy regulacyjne lub z NHS Trust. Nastąpi to wyłącznie w przypadku, gdy będzie to istotne dla mojego udziału w tym badaniu. Wyrażam zgodę na dostęp tych osób do mojej dokumentacji.
4. Rozumiem, że anonimizowane informacje zebrane na mój temat mogą zostać wykorzystane w celu wsparcia innych badań prowadzonych w przyszłości przez tę grupę badawczą. Może się zdarzyć, że dane zostaną udostępnione innym badaczom, ale wyłącznie w formie anonimizowanej.
5. Zgadzam się wziąć udział w powyższym badaniu.

Imię i nazwisko uczestnika Data Podpis

Imię i nazwisko osoby uzyskującej zgodę Data Podpis

**Opcjonalne prośby dotyczące przyszłego kontaktu:**

1. **Prośba o podanie danych do kontaktu w związku z badaniem**

Po zakończeniu badania sporządzone zostanie podsumowanie wyników. Podsumowanie zostanie opublikowane

jako komunikat prasowy dla fundatora i sponsora do umieszczenia na ich stronach internetowych, które będą dla Pani dostępne.

Jeśli Pani sobie życzy, możemy wysłać Pani wiadomość e-mail z podsumowaniem wyników. Jeśli jest Pani zainteresowana

otrzymaniem podsumowania wyników, prosimy wpisać poniżej adres e-mail. Jest to całkowicie opcjonalne, a Pani dane do kontaktu nie zostaną przekazane poza szpital.

Adres e-mail do kontaktu w sprawie wyników badania SONAR-1:

1. **Prośba o kontakt w sprawie przyszłych badań dotyczących tego samego zagadnienia**

Zespół badawczy chciałby lepiej zrozumieć doświadczenia kobiet związane z porodem, zwłaszcza tych, które wymagały operacji, abyśmy mogli opracować sposoby poprawy opieki nad kobietami i rodzinami w przyszłości. Zamierzamy to zrobić, rozmawiając z pacjentkami przez telefon, za pomocą połączenia wideo lub osobiście w neutralnym miejscu. Jeśli jest Pani zainteresowana wzięciem udziału w tym dodatkowym projekcie badawczym, skontaktujemy się z Panią pocztą elektroniczną w ciągu 3-6 miesięcy. Pani dane do kontaktu nie zostaną udostępnione poza szpitalem. Podanie tych informacji jest całkowicie dobrowolne. Ponadto wyrażenie zgody na kontaktowanie się z Panią nie zobowiązuje Pani do wzięcia udziału w przyszłych badaniach. Jeśli chce Pani, abyśmy się z Panią skontaktowali, prosimy wpisać adres e-mail poniżej (lub wpisać „jak wyżej”, jeśli adres został już podany powyżej).

Adres e-mail do kontaktu w sprawie przyszłych badań

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