

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА УЧАСТИЕ В НОРВЕЖСКОМ РЕЕСТРЕ И БИОБАНКЕ РС

Через Запрос с предложением участия я проинформирован(а) о целях Норвежского реестра и биобанка рассеянного склероза, а также об условиях эксплуатации и использования сведений реестра и материалов анализов.

СВЕДЕНИЯ ИЗ КАРТОЧКИ ПАЦИЕНТА, АНАЛИЗ КРОВИ И СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ

1. Я даю согласие на внесение сведений о моей болезни в Норвежский реестр и биобанк РС.

ДА	НЕТ

2. Я даю согласие на сбор и хранение анализов крови (ДНК и сыворотки), а также на хранение анализа спинномозговой жидкости, взятого при постановке мне диагноза (новый анализ братья не будет), в Норвежском реестре и биобанке РС.

ДА	НЕТ

САМООТЧЁТ О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ И ОЦЕНКА НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

3. Я даю согласие на передачу сведений (самоотчёт) о качестве жизни и лечении, включая побочные эффекты и симптомы, а также мою оценку (удовлетворённость), связанную с наблюдением/лечением. Эти данные будут собираться через портал услуг здравоохранения Helse Norge, цифровой почтовый ящик Digital postkasse или письмами.

ДА	НЕТ

Имя, фамилия:

Дата рождения и личный № (11 цифр):

.....

.....

Место:

Дата:

Подпись:

.....

.....

.....

Подпись родителей (опекунов) детей до 16 лет:

Место:

Дата:

Подпись:

.....

.....

.....

ОТПРАВЛЕНО (БОЛЬНИЦЕЙ/ВРАЧОМ):

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА УЧАСТИЕ В НОРВЕЖСКОМ РЕЕСТРЕ И БИОБАНКЕ РС

Через Запрос с предложением участия я проинформирован(а) о целях Норвежского реестра и биобанка рассеянного склероза, а также об условиях эксплуатации и использования сведений реестра и материалов анализов.

СВЕДЕНИЯ ИЗ КАРТОЧКИ ПАЦИЕНТА, АНАЛИЗ КРОВИ И СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ

1. Я даю согласие на внесение сведения о моей болезни в Норвежский реестр и биобанк РС.

ДА	НЕТ

2. Я даю согласие на сбор и хранение анализов крови (ДНК и сыворотки), а также на хранение анализа спинномозговой жидкости, взятого при постановке мне диагноза (новый анализ братья не будет), в Норвежском реестре и биобанке РС.

ДА	НЕТ

САМООТЧЁТ О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ И ОЦЕНКА НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

3. Я даю согласие на передачу сведений (самоотчёт) о качестве жизни и лечении, включая побочные эффекты и симптомы, а также мою оценку (удовлетворённость), связанную с наблюдением/лечением. Эти данные будут собираться через портал услуг здравоохранения Helse Norge, цифровой почтовый ящик Digital postkasse или письмами.

ДА	НЕТ

Имя, фамилия:

Дата рождения и личный № (11 цифр):

.....

.....

Место:

Дата:

Подпись:

.....

.....

.....

Подпись родителей (опекунов) детей до 16 лет:

Место:

Дата:

Подпись:

.....

.....

.....