Załącznik nr 2 do Regulaminu

 Komisji Bioetycznej Akademii Kaliskiej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

**Informacja dla uczestników badania**

1. Nazwa jednostki badawczej

.........................................................................................................................................

1. Temat badania

.........................................................................................................................................

1. Imię i nazwisko kierownika badania, telefon kontaktowy

.........................................................................................................................................

1. Imię i nazwisko osoby badanej, wiek

.........................................................................................................................................

1. Cele, zasady oraz plan przeprowadzenia badania

.........................................................................................................................................

1. Korzyści lecznicze i inne

.........................................................................................................................................

1. Ryzyko związane z poddaniem się badaniu

.........................................................................................................................................

1. Zakres i długość trwania procedur, które mają być stosowane, w szczególności wszelkie uciążliwości i zagrożenia dla zdrowia uczestnika związane z jego udziałem w eksperymencie

.........................................................................................................................................

1. Ustalenia dotyczące sposobu reagowania na zdarzenia niepożądane oraz pytania i wątpliwości uczestnika

.........................................................................................................................................

1. Środki powzięte w celu zapewnienia poszanowania życia prywatnego uczestnika oraz poufności jego danych osobowych

.........................................................................................................................................

1. Zasady dostępu do informacji istotnych dla uczestnika, uzyskanych podczas realizacji tego eksperymentu oraz do ogólnych jego wyników

.........................................................................................................................................

1. Zasady wypłaty odszkodowania w sytuacji powstania szkody

.......................................................................................................................................

1. Wszelkie przewidywane dalsze użycie wyników eksperymentu medycznego, danych oraz materiału biologicznego zgromadzonego w jego trakcie, w tym jego użycia dla celów komercyjnych

........................................................................................................................................

1. Źródła finansowania eksperymentu medycznego

........................................................................................................................................

1. Zasady dostępu do leczenia eksperymentalnego po zakończeniu udziału w eksperymencie leczniczym, jeżeli okaże się, że u danego uczestnika eksperyment ten przyniósł korzyści dla jego zdrowia

.........................................................................................................................................

1. Możliwości i zasady dostępu do innego eksperymentu leczniczego, jeżeli może on przynieść uczestnikowi korzyści dla jego zdrowia

........................................................................................................................................

..............................................................................................................................................

*Imię i nazwisko kierownika badania data podpis*

**Jeden egzemplarz niniejszej informacji otrzymałam/em.**

.................................................................................................................................................

*Imię i nazwisko uczestnika badania data podpis*