

VšĮ VUL Santaros klinikos
Hematologijos, onkologijos ir
transfuziologijos centras
Biobanko skyrius
Santariškių 5, LT-08410 Vilnius
Tel. +370 68862619
el.paštas: biobankas@santa.lt

PATVIRTINTA
VšĮ VUL Santaros klinikų generalinio direktoriaus
2021-09-22 įsakymu Nr. V-991
BB P 8 „Sutikimų ir atšaukimų dalyvauti Biobanko
veikloje valdymas“
4 priedas

INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMAS DALYVAUTI BIOBANKO VEIKLOJE

(Vardas, pavardė, asmens kodas)

(toliau – **Biobanko dalyvis**)

arba

(Vardas, pavardė, atstovavimo pagrindas, asmens kodas)

(toliau – **Biobanko dalyvio atstovas**)

Pasirašydamas šią informuoto asmens sutikimo dalyvauti Biobanko veikloje formą patvirtinu, kad esu tinkamai informuotas, susipažinau ir visiškai suprantu pateiktą informaciją apie Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų (toliau – Santaros klinikos) Biobanko (toliau – Biobankas) vykdomą veiklą bei mano dalyvavimą Biobanko veikloje, mano biologinių ėminių ir (ar) sveikatos informacijos tvarkymą Biobanke. Gydytojas ar Biobanko atstovas man išsamiai paaiškino, kokie asmenys ir kokiomis aplinkybėmis turės galimybę prieiti prie mano Biobankui perduotų biologinių ėminių ir (ar) sveikatos informacijos, taip pat turėjau galimybę užduoti klausimus ir gavau tenkinančius atsakymus. Suprantu, kad mano dalyvavimas Biobanko veikloje yra savanoriškas. Taip pat man yra žinoma, kad kilus klausimams dėl mano biologinių ėminių ir (ar) sveikatos informacijos tvarkymo, turėčiau kreiptis į Biobanką nurodytais kontaktais. Man yra išaiškinta, kad mano teisės, susijusios su asmens duomenų apsauga, yra garantuojamos Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo ir kitų įstatymų, reguliuojančių mokslinius tyrimus bei Biobanko veiklą. Suprantu, kad turiu teisę bet kada atšaukti sutikimą dalyvauti Biobanko veikloje nenurodydamas priežasčių ar motyvų, o norėdamas atšaukti sutikimą, privalau apie tai raštu informuoti Biobanką ir užpildyti Prašymo dėl sutikimo dalyvauti Biobanko veikloje atšaukimo formą.

1. Sutinku dalyvauti Biobanko veikloje:

- Sutinku (*pažymėkite, jei sutinkate*)
- Nesutinku (*pažymėkite, jei nesutinkate*)

2. Sutinku, kad atlikus gydytojo ateityje skiriamus tyrimus bei gydymą asmens sveikatos priežiūros tikslais ir (ar) biomedicininio tyrimo tikslais, likę biologiniai ėminiai ir (ar) sveikatos informacija galės būti perduodami Biobankui tvarkyti bei ateities moksliniams tyrimams vykdyti. Šis sutikimas taip pat apima tuos atvejus, kai biologiniai ėminiai buvo iš manęs paimti prieš 1 mėnesį iki šio sutikimo davimo.

Ši sutikimo dalis galioja neterminuotai. Ją galima sustabdyti, užpildžius Prašymą dėl biologinių ėminių ir (ar) sveikatos informacijos rinkimo Biobanko tikslais sustabdymo.

- Sutinku (*pažymėkite, jei sutinkate*)
- Nesutinku (*pažymėkite, jei nesutinkate*)

3. Sutinku, kad **iki šio sutikimo dienos surinkti biologiniai ėminiai**, kurie buvo imami atliekant gydytojo paskirtus tyrimus bei gydymą sveikatos priežiūros ar diagnostikos tikslais ir (ar) biomedicininių tyrimų tikslais, kurie buvo saugomi Santaros klinikų diagnostiniuose ir (ar) biomedicininių tyrimų archyvuose, būtų perduodami Biobankui tvarkyti bei ateities moksliniams tyrimams vykdyti.

- Sutinku (*pažymėkite, jei sutinkate*)
- Nesutinku (*pažymėkite, jei nesutinkate*)

4. Sutinku, kad **iki ir po šio sutikimo davimo** sukaupta sveikatos informacija būtų renkama iš Santaros klinikų valdomų bei tvarkomų informacinių sistemų, kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ligos (sveikatos) istorijų, jų tvarkomų informacinių sistemų, kitų valstybės registrų ir (ar) valstybės informacinių sistemų, kuriuose kaupiama sveikatos informacija ir tvarkoma Biobanke.

- Sutinku (*pažymėkite, jei sutinkate*)
- Nesutinku (*pažymėkite, jei nesutinkate*)

5. Sutinku, kad **iki ir po sutikimo davimo** sukaupta sveikatos informacija būtų renkama iš kitų, nei sveikatos priežiūros įstaigų, juridinių asmenų, jeigu šios sveikatos informacijos nėra registruose ir (ar) valstybės informacinėse sistemose ir jos neturi sveikatos priežiūros įstaigos arba jos suteikimas iš sveikatos priežiūros įstaigų pareikalautų nepagrįstai didelių materialinių ir (ar) laiko sąnaudų ir tvarkoma Biobanke. Informacija bus renkama iš:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

- Sutinku (*pažymėkite, jei sutinkate*)
- Nesutinku (*pažymėkite, jei nesutinkate*)

6. Sutinku (*pažymėkite, jei sutinkate*), kad **Biobankas man praneštų mano sveikatai svarbią informaciją** (t.y., kuri padeda nustatyti riziką susirgti gyvybei gresiančių ir (ar) sunkų nuolatinį neįgalumą sukeliančių sveikatos sutrikimų), paaiškėjusią atliekant biomedicininį tyrimą su mano biologiniu ėminiu ir (ar) sveikatos informacija.

- Sutinku (*pažymėkite, jei sutinkate*)
- Nesutinku (*pažymėkite, jei nesutinkate*)

7. Sutinku (*pažymėkite, jei sutinkate*), **kad su manim būtų pakartotinai susisiepta ateityje**, jei reikėtų atnaujinti informaciją apie mano sveikatos būklę biomedicininį tyrimų su Biobanke tvarkomu biologiniu ėminiu ir (ar) sveikatos informacija tikslais.

- Sutinku (*pažymėkite, jei sutinkate*)
- Nesutinku (*pažymėkite, jei nesutinkate*)

Biobanko dalyvio (atstovo) kontaktiniai duomenys (adresas, telefono nr., el. pašto adresas; artimųjų adresas, telefono nr., el. pašto adresas):

Biobankas:

Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos
Santariškių g. 5, Vilnius
Tel. +370 68862619
El. paštas: biobankas@santa.lt

Biobanko dalyvis ar jo atstovas:

(*data, parašas*)

Asmuo, priėmęs sutikimą:

(*vardas, pavardė, data, parašas*)

Daugiau informacijos apie Biomedicininis tyrimus ir Biobankų veiklos reguliavimą lbek@bioetika.sam.lt. Jums pageidaujant, gausite šio Sutikimo kopiją.