

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“
6 priedas

INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMAS DALYVAUTI BIOBANKO VEIKLOJE (vaikams iki 18 metų)

Jūsų vaikas/globotinis:

(Vardas, pavardė, asmens kodas)

(toliau – **Biobanko dalyvis**)

ir

Jūs: tėvai/globėjai:

(Vardas, pavardė, atstovavimo pagrindas, asmens kodas)

(toliau – **Biobanko dalyvio tėvas/globėjas**)

ir

(Vardas, pavardė, atstovavimo pagrindas, asmens kodas)

(toliau – **Biobanko dalyvio motina/globėja**)

Pasirašydami šią informuoto asmens sutikimo dalyvauti Biobanko veikloje formą patvirtiname, kad esame tinkamai informuoti, susipažinę ir visiškai suprantame pateiktą informaciją apie Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų (toliau – Santaros klinikos) Biobanko (toliau – Biobankas) vykdomą veiklą bei mūsų vaikoglobotinio dalyvavimą Biobanko veikloje, mūsų vaiko/globotinio biologinių ėminių ir (ar) sveikatos informacijos tvarkymą Biobanke. Gydytojas ar Biobanko atstovas mums išsamiai paaiškino, kokie asmenys ir kokiomis aplinkybėmis turės galimybę priėti prie mūsų vaiko/globotinio Biobankui perduotų biologinių ėminių ir (ar) sveikatos informacijos, taip pat turėjome galimybę užduoti klausimus ir gavome tenkinančius atsakymus. Suprantame, kad mūsų vaiko/globotinio dalyvavimas Biobanko veikloje yra savanoriškas. Taip pat mums yra žinoma, kad kilus klausimams dėl biologinių ėminių ir (ar) sveikatos informacijos tvarkymo, turėtume kreiptis į Biobanką nurodytais kontaktais. Mums yra išaiškintos mūsų vaiko/globotinio teisės, susijusios su asmens duomenų apsauga, yra garantuojamos Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo ir kitų įstatymų, reguliuojančių mokslinius tyrimus bei Biobanko veiklą. Suprantame, kad mūsų vaikas/globotinis turi teisę bet kada atšaukti sutikimą dalyvauti Biobanko veikloje nenurodydamas priežasčių ar motyvų, o norėdami atšaukti sutikimą, privalome savo vaiko/globotinio vardu apie tai raštu informuoti Biobanką ir užpildyti Prašymo dėl sutikimo dalyvauti Biobanko veikloje atšaukimo formą.

Esame informuoti, kad suėjus 18 m. amžiui mūsų vaikas/globotinis turi teisę kreiptis dėl sutikimo atnaujinimo arba nutraukimo. Nesikreipus bus laikoma, kad esamas sutikimas galioja.

1. Sutinkame, kad mūsų vaikas/globotinis dalyvautų Biobanko veikloje:

Sutinkame (pažymėkite, jei sutinkate)

Nesutinkame (pažymėkite, jei nesutinkate)

2. Sutinkame, 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 mūsų vaiko/globotinio 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.

Sutinkame (pažymėkite, jei sutinkate)

Nesutinkame (pažymėkite, jei nesutinkate)

3. Sutinkame, kad **iki šio sutikimo dienos surinkti mūsų vaiko/globotinio 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.

Sutinkame (pažymėkite, jei sutinkate)

Nesutinkame (pažymėkite, jei nesutinkate)

4. Sutinkame, kad **iki ir po šio sutikimo davimo** sukaupta mūsų vaiko/globotinio 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 registru ir (ar) valstybės informacinių sistemų, kuriuose kaupiama sveikatos informacija ir tvarkoma Biobanke.

Sutinkame (pažymėkite, jei sutinkate)

Nesutinkame (pažymėkite, jei nesutinkate)

5. Sutinkame, kad **iki ir po sutikimo davimo** sukaupta mūsų vaiko/globotinio 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) _____

Sutinkame (pažymėkite, jei sutinkate)

Nesutinkame (pažymėkite, jei nesutinkate)

6. Sutinkame (*pažymėkite, jei sutinkate*), kad **Biobankas mums praneštų mūsų vaiko/globotinio sveikatai svarbią informaciją** (t.y., kuri padeda nustatyti riziką susirgti gyvybei gresiančiu ir (ar) sunkų nuolatinį neįgalumą sukeliančiu sveikatos sutrikimu), paaiškėjusią atliekant biomedicininį tyrimą su mūsų vaiko/globotinio biologiniu ėminiu ir (ar) sveikatos informacija.

- Sutinkame (*pažymėkite, jei sutinkate*)
 Nesutinkame (*pažymėkite, jei nesutinkate*)

7. Sutinkame (*pažymėkite, jei sutinkate*), kad su mumis, dėl mūsų vaiko/globotinio būtų pakartotinai susisieksite ateityje, jei reikėtų atnaujinti informaciją apie mūsų vaiko/globotinio sveikatos būklę biomedicininį tyrimų su Biobanke tvarkomu biologiniu ėminiu ir (ar) sveikatos informacija tikslais.

- Sutinkame (*pažymėkite, jei sutinkate*)
 Nesutinkame (*pažymėkite, jei nesutinkate*)

Biobanko dalyvio (**Biobanko dalyvio tėvo/motinos/ globėjo (-os)**) kontaktiniai duomenys (adresas, telefono nr., el. pašto adresas; artimųjų adresas, telefono nr., el. pašto adresas):

Biobankas:

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

Biobanko dalyvio tėvas/globėjas:

(data, parašas)

Biobanko dalyvio motina/globėja:

(data, parašas)

Biobanko dalyvis:

(Vardas, pavardė, 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.