

Informovaný souhlas s účastí

v projektu **Screening rizika předčasného porodu zavedením programu QUIPP**

Jméno a příjmení pacientky (hůlkovým písmem):

.....

Datum narození

Adresa trvalého pobytu

Prohlašuji, že souhlasím s mojí účastí v projektu Screening rizika předčasného porodu zavedením programu QUIPP.

MUDr.....

mne podrobně a srozumitelně informoval/a o podstatě, smyslu a rozsahu projektu. Přečetla jsem si Informace pro pacienta a rozumím jim. Měla jsem možnost zeptat se na vše, co pokládám za podstatné. Své svolení dávám dobrovolně.

1. Souhlasím s odběry žilní krve a s jejím biochemickým zpracováním.
2. Souhlasím s odběrem cervikovaginální tekutiny a jejím biochemickým, imunologickým a mikrobiologickým zpracováním.
3. Souhlasím s odběrem moči a jejím biochemickým zpracováním.
4. Souhlasím s odběrem slin a jejich biochemickým zpracováním.

Obdržela jsem jeden originál dokumentu, druhý originál zůstane u zkoušejícího lékaře a třetí zůstane řešiteli projektu (Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR).

Jméno pacienta (hůlkovým písmem):

.....

Podpis

Datum.....

Jméno lékaře poskytujícího informace: (hůlkovým písmem):

.....

Podpis

Datum