

OŚWIADCZENIE ŚWIAHOMEJ ZGODY NA BIOBANKOWANIE MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO W CELACH NAUKOWO-BADAWCZYCH W BIOBANKU

Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej- Curie Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie

Wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

***Wypełniając formularz proszę zaznaczyć właściwy kwadrat**

☐ TAK ☐ NIE (Zgoda niezbędna)	Zapoznałem/-am się z „Informacją dotyczącą biobankowania materiału biologicznego w celach naukowo-badawczych w Biobanku Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej- Curie Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie”. Miałem/am możliwość zadania pytań osobie prowadzącej badanie i uzyskałem/am wystarczające odpowiedzi oraz informacje na temat badania. Niniejszy formularz wraz z informacją dla uczestnika dostępny jest na stronie internetowej https://nio.gov.pl/
☐ TAK ☐ NIE (Zgoda niezbędna)	Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na biobankowanie materiału biologicznego. Wyrażam zgodę na wykorzystanie przekazanego przeze mnie lub pozostałego po procedurze diagnostycznej/ badaniu klinicznym materiału biologicznego do szeroko pojmowanych celów naukowo-badawczych, w tym badań obejmujących medycynę i nauki biologiczne, mających na celu poszukiwanie i ulepszenie metod profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych z zastrzeżeniem zgodności tych badań z wymogami polskiego prawa np. uzyskaniem akceptacji właściwej Komisji Bioetycznej oraz standardami etycznymi. Zgoda obejmuje pobieranie, gromadzenie, długotrwałe przechowywanie, przetwarzanie, wykorzystywanie i udostępnianie materiału biologicznego, w tym osobom trzecim, również za zwrotem kosztów biobankowania, jednak wyłącznie do celów naukowych lub prac rozwojowych mających na celu poszukiwanie i ulepszenie metod profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych. Zgoda obejmuje przekazywanie materiału biologicznego, również do innych państw w tym poza teren Unii Europejskiej, pod warunkiem zachowania przepisów prawa obowiązujących na terenie Unii Europejskiej oraz na podstawie stosownych umów o przekazaniu materiału. Do badań naukowych zostanie wykorzystana wyłącznie ta część materiału, która nie jest niezbędna do mojej dalszej diagnostyki lub leczenia. Pozostała część materiału będzie przechowywana zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
☐ TAK ☐ NIE (Zgoda niezbędna)	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imię, nazwisko, numer PESEL oraz danych ankiety i danych dotyczących mojego stanu zdrowia lub występującej u mnie choroby (dane kliniczne, medyczne i genetyczne, w tym wynikające ze zgromadzonej uprzednio dokumentacji medycznej świadczeń zdrowotnych udzielanych przez

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowego Instytutu Badawczego z siedzibą ul. W.K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa) w ww. celach oraz udostępniana ich w celach naukowych wyłącznie w formie zanonimizowanej lub pseudonimizowanej. Jestem świadomy/a możliwości wycofania zgody na biobankowanie materiału biologicznego bez podania przyczyny i w dowolnym momencie. Jestem świadomy/-a iż dane genomowe i fenotypowe oraz wszelkie inne dane istotne dla badania (takie jak narażenie lub status choroby), które zostaną wygenerowane mogą być szeroko udostępniane oraz wykorzystywane w przyszłych badaniach w sposób zgodny ze świadomą zgodą uczestnika oraz wszystkimi obowiązującymi przepisami i regulacjami prawnymi.													
☐ TAK ☐ NIE	Wyrażam zgodę na kontakt ze strony Biobanku w razie przypadkowego odkrycia (np. profilowania genetycznego), które może przyczynić się do zapobiegania, potwierdzenia lub leczenia istniejącej choroby lub takiej, która może pojawić się w przyszłości. Mam świadomość, iż w przypadku anonimizacji danych taki kontakt ze strony Biobanku będzie niemożliwy. Wyrażam zgodę na przetwarzanie w tym celu moich danych osobowych kontaktowych (w tym adres, numer telefonu, adres mailowy) przez Biobank.												
☐ TAK ☐ NIE	Wyrażam zgodę na ponowny kontakt ze strony Biobanku w przypadku gdy zakres działalności Biobanku zmieni się lub nie mieści w zakresie pierwotnie wyrażonej zgody. Wyrażam zgodę na przetwarzanie w tym celu moich danych osobowych kontaktowych (w tym adres, numer telefonu, adres mailowy) przez Biobank.												
Wypełnia pacjent pełnoletni lub opiekun prawny pacjenta													
Nazwisko i imię pacjenta / opiekuna prawnego pacjenta:*													
PESEL *w przypadku braku numeru PESEL proszę o podanie daty i miejsca urodzenia	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
Dane kontaktowe (np. adres zamieszkania, telefon, adres mailowy)													
Oświadczam, iż zapoznałem/am się z powyższym dokumentem, w tym: INFORMACJĄ DLA PACJENTA/DAWCY wraz z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ DOTYCZĄCĄ PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH.FORMULARZEM OŚWIADCZENIA ŚWIADOMEJ ZGODY NA BIOBANKOWANIE MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO DO CELÓW NAUKOWO-BADAWCZYCH i potwierdzam wyrażone zgody													
Czytelny podpis pacjenta													
Data													
Podpis lekarza/ osoby odbierającej zgodę													