

Inicjały Pacjenta: ..... /.....  
Imię Nazwisko

Numer Pacjenta:.....I.

## **Formularz Świadomej Zgody na udział niżej podpisanego Pacjenta w badaniu ultrasonograficznym z podaniem środka kontrastującego SonoVue®**

CHARAKTERYSTYKA I WYKRYWANIE OGNISKOWYCH ZMIAN W **WATROBIE**, INNYCH  
NARZĄDACH MIĘSZKOWYCH ORAZ POŁOŻONYCH POWIERZCHOWNIE  
I TKANEK MIĘKKICH U OSÓB Z PODEJRZENIEM CHOROBY NOWOTWOROWEJ LUB  
ZAPALNEJ PRZY POMOCY BADANIA ULTRASONOGRAFICZNEGO Z UŻYCIEM ŚRODKA  
KONTRASTUJĄCEGO SONOVUE®

1. Przez (nazwisko lekarza):.....  
zostałem/łam dzisiaj poinformowany/a na temat charakteru, znaczenia i skutków wyżej  
określonego badania ultrasonograficznego. Wyjaśniono mi możliwe skutki niepożądane dla  
mojego zdrowia oraz potencjalne ryzyko. Na wszystkie moje pytania udzielono  
satisfakcjonującej odpowiedzi. Otrzymałem/łam, przeczytałem/łam i zrozumiałem/łam  
broszurę zawierającą informacje dla pacjenta/ulotkę leku.
2. Poinformowałem prowadzącego badanie (lekarza odpowiedzialnego za przebieg tego badania  
klinicznego) o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach oraz lekach, które stosowałem  
w czasie ostatnich tygodni.
3. Oświadczam, że będę współpracować z personelem w czasie trwania badania, stosować się do  
poleczeń lekarza prowadzącego badanie i informować go/ją natychmiast o jakichkolwiek  
zmianach w moim samopoczuciu (stanie zdrowia).
4. Zostałem poinformowany, że w zakresie zgodnych z prawem kontroli mających na celu  
sprawdzenie prawidłowości prowadzenia niniejszego badania, moje dane kliniczne mogą być  
przeglądane przez upoważnionych przedstawicieli urzędów państwowych zajmujących się  
ochroną zdrowia. Zostałem również poinformowany, że moje dane osobowe zostaną usunięte  
z jakichkolwiek danych klinicznych zebranych w czasie trwania niniejszego badania przed  
ich przesłaniem osobom drugim i analizą.
5. Rozumiem, że w każdej chwili mogę wycofać swoją zgodę i zakończyć udział w badaniu  
bez podania przyczyny i nie muszę obawiać się jakichkolwiek negatywnych skutków tej  
decyzji.
6. Zgadzam się, aby anonimowe dane dotyczące mojej osoby mogły być przechowywane  
i elektronicznie przetwarzane dla celów dydaktycznych (wykłady, prezentacje) oraz  
naukowych.

Miejsce, data

Podpis Pacjenta

Miejsce, data

Podpis lekarza

Jedną kopię podpisanego formularza należy wręczyć Pacjentowi, druga pozostaje w dokumentacji medycznej  
w ośrodku prowadzącym badanie.