## 1.7 Souhlas s léčbou akutní lymfoblastické leukémie dětí a dospívajících podle léčebné studie AIEOP-BFM ALL 2017

Pacient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum narození:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Souhlasím s tím, že během léčby bude postupováno podle léčebného plánu studie AIEOP-BFM ALL 2017, který mi byl podrobně vysvětlen.

Cíl a průběh studie AIEOP-BFM ALL 2017 mi byly dostatečně vysvětleny. Obdržel(a) jsem jeden stejnopis informací pro pacienta (zákonného zástupce), přehled plánu léčby formou léčebného schématu, jakož i podmínky pojištění účastníka studie. Byl(a) jsem informován(a) o nejčastějších vedlejších účincích a rizicích léků užitých v protokolu AIEOP-BFM ALL 2017.

Cítím se dostatečně informován(a) a měl(a) jsem dostatek času na rozhodnutí o účasti ve studii. Vím, že mohu kdykoliv obdržet další informace. Byl jsem informován(a), že účast ve studii je dobrovolná a mohu svůj poskytnutý souhlas s léčbou kdykoliv písemně nebo ústně zrušit bez udání důvodů, aniž by z tohoto rozhodnutí pro mě plynuly nějaké nevýhody.

Souhlas pacienta (vyžadován u pacientů starších 16 let, při zvážení i u pacientů mladších)

❑ **Pacient**

Dávám souhlas s léčbou podle studie AIEOP-BFM ALL 2017

pacient (jméno, příjmení) podpis místo, datum

Souhlas zákonných zástupců/zákonného zástupce: Obdržel/i jsem/jsme výše uvedené informace jako zákonní zástupci pacienta/pacientky.

* **Zákonný zástupce: oba rodiče**

Ujišťujeme, že jsme oprávněni k rozhodnutí, a udělujeme náš souhlas s účastí ve studii

AIEOP-BFM ALL 2017

matka (jméno, příjmení) podpis místo, datum

otec (jméno, příjmení) podpis místo, datum

* **Zákonný zástupce: jeden rodič**

Ujišťuji, že já sám(a) osobně jsem oprávněn(a) k rozhodnutí, a uděluji svůj souhlas s účastí ve studii AIEOP - BFM ALL 2017

zákonný zástupce (jméno, příjmení) podpis místo, datum

* **Zákonný zástupce: poručník/ opatrovník**

Ujišťuji, že jako \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ jsem plně oprávněn(a) k rozhodnutí, a uděluji svůj souhlas s účastí ve studii AIEOP-BFM ALL 2017

zákonný zástupce (jméno, příjmení) podpis místo, datum

**Informující lékař/lékařka:**

(jméno, příjmení) podpis místo, datum