

Underskrives af den pårørende

## INCEPT-Tromboprofilaksa

### Zamjenička saglasnost za učešće u zdravstveno-naučnom ispitivanju

**EUCT-broj:** 2024-516208-41-00

**Engleski naslov ispitivanja:**

The Intensive Care Platform Trial (INCEPT)

**Naslov ispitivanja:**

Platforma za intenzivno liječenje (INCEPT)

**Podispitivanje (domen):** INCEPT-Tromboprofilaksa

**Izjava osobe koja daje zamjeničku saglasnost:**

Dobio/la sam pismene i usmene informacije i imam dovoljno znanja o cilju, načinu sprovođenja, koristi i nepovoljnosti da bih dao/la svoju saglasnost.

Znam da je učešće dobrovoljno i da mogu u svakom trenutku povući svoju saglasnost, bez da moj srodnik/ca izgubi svoja prava na trenutno ili buduće liječenje.

Dajem saglasnost da moj/a srodnik/ca učestvuje u ispitivanju, i dobio/la sam kopiju ovog obrasca, kao i pismeni informativni materijal o projektu za ličnu upotrebu.

Ime učesnika (pacijenta): \_\_\_\_\_

Informacija o mojoj srodnosti sa pacijentom: \_\_\_\_\_

Ime srodnika/ce koji daje zamjensku saglasnost: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Potpis: \_\_\_\_\_

**Izjava člana ispitivačkog osoblja koje je dalo informacije:**

Izjavljujem da je srodniku/ici pružena usmena i pismena informacija o ispitivanju.

Po mom uvjerenju, pružene su dovoljne informacije da bi se mogla donjeti odluka o učešću pacijenta u ispitivanju.

Ime ljekara koji je informirao srodnika/cu: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Potpis: \_\_\_\_\_