

Underskrives af pårørende og faxes til egen læge

Stedfortrædende samtykke til deltagelse i et sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt

EudraCT number: 2015-000318-24

Protokoltitel

Stress Ulcer Prophylaxis in the Intensive Care Unit (SUP-ICU)

Dansk titel: Forebyggende behandling af stressudløst mavesår på intensivafdeling

Erklæring fra den person, som afgiver stedfortrædende samtykke

Jeg har fået skriftlig og mundtlig information og jeg ved nok om formål, metode, fordele og ulemper til at give mit samtykke.

Jeg ved, at det er frivilligt at deltage, og at jeg altid kan trække mit samtykke tilbage uden at min pårørende mister sine nuværende eller fremtidige rettigheder til behandling.

Jeg giver samtykke til, at nedenstående person deltager i forskningsprojektet og jeg har fået en kopi af dette samtykkeark samt en kopi af den skriftlige information om projektet til eget brug.

Pårørende

Forsøgspersonens navn: _____

Oplysninger om min tilknytning, som pårørende, til forsøgsperson:

Navnet på den pårørende, der giver stedfortrædende samtykke:

Dato: _____ Underskrift: _____

Ønsker information om forskningsprojektets resultat samt eventuelle konsekvenser for forsøgspersonen?:

Ja: _____ (sæt x) Nej: _____ (sæt x)

Egen læge / embedslæge

Erklæring fra den, der afgiver informationen

Jeg erklærer, at der er afgivet mundtlig og skriftlig information om forsøget.

Navnet på den, der har afgivet information: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Nedenstående udfyldes, når der ikke indgår personer under personligt værgemål

Stedfortrædende samtykke fra forsøgspersonernes praktiserende læge eller repræsentant fra Sundhedsstyrelsens embedslægeinstitution.

Dato: _____ Underskrift: _____