**Форма информированного согласия**

**Для согласия пациента на опубликование изображений и/или информации о них в публикациях медицинского журнала «Research'n Practical Medicine Journal (Исследования и практика в медицине)».**

Ф. И. О. пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Степень родства/знакомства с пациентом (в случаях, когда пациент не подписывает эту форму): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Описание фотографии, изображения, текста или иного материала (**Материал)** о пациенте. **Копию Материала следует приложить к этой форме**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предварительный заголовок статьи, в которую будет включен Материал:



**СОГЛАСИЕ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, [Ф.И.О. ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ] даю свое согласие на выход Материала обо мне/пациенте в публикации медицинского журнала **«Research'n Practical Medicine Journal (Исследования и практика в медицине)»**.

**Я подтверждаю, что** (отметьте соответствующие ячейки для подтверждения)
🞎 **видел фотографию, изображение, текст или иной материал обо мне/пациенте;**

🞎 **прочитал статью, которая будет отправлена в медицинский журнал «Research'n Practical Medicine Journal (Исследования и практика в медицине)»;**

🞎 **имею законное право подписывать данное согласие.**

Я понимаю, что:

1. Материал будет опубликован без указания моего имени/имени пациента, при этом я понимаю, что полная анонимность не может быть гарантирована. Существует вероятность того, что кто-то, например, тот, кто осуществлял уход за мной/пациентом, или родственник может узнать меня/пациента.
2. В Материале могут отображаться или содержаться данные о моем заболевании или травме/заболевании или травме пациента, а также о любых прогнозах, лечении или хирургических операциях, которые были, есть или могут быть в будущем у меня/пациента.
3. Статья может быть опубликована в журнале, распространяемом по всему миру. Публикации журнала **«Research'n Practical Medicine Journal (Исследования и практика в медицине)»** в первую очередь предназначены для врачей и других работников здравоохранения, но также могут быть прочитаны другими лицами, включая ученых, студентов и журналистов.
4. Статья, включающая Материал, может стать частью пресс-релиза, на нее может быть дана ссылка в социальных сетях и/или ее могут использовать в рекламных целях. После опубликования статья будет размещена на веб-сайте журнала **«Research'n Practical Medicine Journal (Исследования и практика в медицине)»** и также может быть доступна на других веб-сайтах.
5. Перед опубликованием текст статьи будет отредактирован с точки зрения стиля, грамматики и согласованности текста.
6. Я/пациент не получу никакой финансовой выгоды от опубликования статьи.
7. Статья также может быть использована полностью или частично в других публикациях и продуктах, публикуемых журналом **«Research'n Practical Medicine Journal (Исследования и практика в медицине)»** и/или другими издателями. Сюда входят публикации на английском языке и в переводе, в печатном виде, в цифровых форматах и в любых других форматах, которые могут использоваться журналом **«Research'n Practical Medicine Journal (Исследования и практика в медицине)»** или другими издателями в настоящее время и в будущем. Статья может появляться в местных изданиях журналов или других публикациях, издаваемых в России и за рубежом.
8. Я могу отозвать свое согласие в любое время до момента публикации, но как только статья будет подписана к опубликованию («пойдет в печать»), отозвать это согласие больше не будет возможным.
9. Эта форма информированного согласия будет храниться журналом **«Research'n Practical Medicine Journal (Исследования и практика в медицине)»** в надежном месте с соблюдением конфиденциальности в соответствии нормами законодательства не дольше необходимого срока.

Отметьте соответствующие ячейки, чтобы подтвердить следующее:

🞎  Я даю согласие на хранение моих контактных данных журналом **«Research'n Practical Medicine Journal (Исследования и практика в медицине)»** (в том числе за пределами России) только с целью связи со мной в будущем, если возникнет такая необходимость.

🞎 Если это согласие относится к статье в разделе «Клинические наблюдения», у меня/пациента была возможность прокомментировать статью, и я убежден, что комментарии, если таковые имеются, были отражены в статье.

Подписано: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф. И. О. (печатными буквами): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

При подписании от имени пациента укажите причину, по которой пациент не может самостоятельно дать согласие (напр., смерть пациента, возраст пациента менее 18 лет или наличие у пациента нарушения когнитивных или умственных функций).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
🞎 Если Вы подписываете в интересах семьи или другой группы, отметьте ячейку для подтверждения того, что все соответствующие члены семьи или группы были поставлены в известность.

**Если пациент является ребенком в возрасте 7 лет или старше**, то он также должен подтвердить свое согласие:

Подписано: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф. И. О. (печатными буквами): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Данные лица, которое объяснило и оказало содействие в подписании формы** пациентом или его представителем (например, соответствующий автор или другое лицо, имеющее полномочия на получение согласия).

Подписано: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф. И. О. (печатными буквами): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учреждение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_