

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ DZIECKA W BADANIU NAUKOWYM

Tytuł badania:

„Profil w populacji pediatrycznej: analiza częstości występowania oraz profilu klinicznego dolegliwości bólowych o charakterze przewlekłym.”

Jednostka prowadząca badanie:

Fundacja Nie Musi Boleć

ul. Twardowskiego 1a, 15-170 Białystok

Kierownik projektu: lek. Anna Maria Łotowska-Ręczmień

Kontakt: fundacja@niemusibolec.com

Informacja dla rodzica / opiekuna prawnego

Szanowni Państwo,

Państwa dziecko zostało zaproszone do udziału w badaniu naukowym dotyczącym częstotliwości występowania bólu przewlekłego u dzieci i młodzieży.

Badanie jest częścią ogólnopolskiego badania statystycznego, które jest przeprowadzane w szkołach w całej Polsce, każdorazowo za zgodą Dyrekcji szkoły.

Celem badania jest ilościowa ocena rozpowszechnienia bólu przewlekłego w polskiej populacji wieku rozwojowego (7–18 lat) oraz stworzenie wielowymiarowego profilu epidemiologicznego tych dolegliwości w oparciu o ich lokalizację anatomiczną na reprezentatywnej próbie ogólnopolskiej.

Przebieg badania

Uczniowie wypełnią krótką ankietę anonimową dotyczącą częstotliwości występowania dolegliwości bólowych w ich życiu, ich lokalizacji, natężenia i charakteru. Ankieta wypełniana jest jeden raz.

Badanie ma charakter statystyczny i nie wiąże się z żadnym ryzykiem medycznym.

Zasady udziału

- ☐ Udział dziecka jest dobrowolny.
- ☐ W każdej chwili można zrezygnować z udziału, bez podawania przyczyny i bez żadnych konsekwencji.

- ☐ Ankiety są anonimowe – nie będą zawierały imienia, nazwiska ani innych danych osobowych dziecka.
- ☐ Wyniki zostaną opracowane statystycznie i przedstawione wyłącznie w postaci zbiorczych danych.

Kontakt w razie pytań

W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości mogą Państwo skontaktować się z:

Maciej Dybowski – koordynator projektu

E-mail: m.dybowski@niemusibolec.com

Oświadczenie rodzica / opiekuna prawnego

Proszę o dokładne przeczytanie poniższych stwierdzeń i zaznaczenie odpowiedzi.

- ☐ Otrzymałem(-am) pełną informację o badaniu i jego celu.
- ☐ Rozumiem, że udział mojego dziecka w badaniu jest dobrowolny.
- ☐ Rozumiem, że w każdym momencie mogę wycofać zgodę bez żadnych konsekwencji.
- ☐ Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniu naukowym.

Imię i nazwisko dziecka:

Wiek: **Klasa:**

Data: **Podpis rodzica/opiekuna:**

W przypadku młodzieży powyżej 16rż, zgoda powinna być wyrażona również przez dziecko:

Proszę o dokładne przeczytanie poniższych stwierdzeń i zaznaczenie odpowiedzi.

- ☐ Otrzymałem(-am) pełną informację o badaniu i jego celu.
- ☐ Rozumiem, że mój udział w badaniu jest dobrowolny.
- ☐ Rozumiem, że w każdym momencie mogę wycofać zgodę bez żadnych konsekwencji.
- ☐ Wyrażam zgodę na udział w badaniu naukowym.

Data: **Podpis dziecka:**

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym wyżej zakresie, przez Fundacja Nie Musi Boleć, ul. Twardowskiego 1a, 15-170 Białystok, w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Fundacji.

Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres fundacja@niemusibolec.com.

.....

Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę