

## *Pētījuma dalībnieka informētas piekrišanas veidlapa*

Cienījamais pacient!

Uzaicinām Jūs piedalīties pētījumā \_\_\_\_\_  
(pētījuma nosaukums)

### **Pētījuma mērķis un norise:**

*(pētījuma dalībniekam saprotamā valodā aprakstīt pētījuma mērķi un to, kā tiks izmantoti pētījuma rezultāti)*

### **Ieguvumi:**

*(pētījuma dalībniekam saprotamā valodā aprakstīt, kādi ieguvumi no pētījuma paredzami pētāmajai personai (ja tādi ir paredzami) un sabiedrībai)*

### **Papildus informācija:**

*(ja ir nepieciešama)*

### **Konfidencialitāte un datu drošība:**

Pētījuma autors apliecinā, ka pētījuma laikā tiks ievērota pacientu datu aizsardzība un konfidencialitāte atbilstoši spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem vispārējo cilvēktiesību, fizisko personu datu aizsardzības jomā.

Personas dati, t.sk. sensitīvie dati (pētījuma dalībnieka vārds, uzvārds, dzimšanas datums, analīžu rezultāti, informācija no medicīniskajiem dokumentiem u.c. tiks iegūti un apstrādāti ar nolūku pētījuma veikšanai.

Pētījuma dokumenti pēc pētījuma veikšanas tiks uzglabāti (cik ilgi?)

---

Ja Jums ir jautājumi vai sūdzības par Jūsu personas datu apstrādi un uzglabāšanu šajā pētījumā, Jums jāsaazinās ar Lauri Klagišu, tālr.29470425, e-pasta adrese:lauris.klagiss@gmail.com.

### **Brīvprātīga piedalīšanās:**

Piedalīšanās šajā pētījumā ir brīvprātīga. Jums ir tiesības atteikties piedalīties pētījumā vai pārtraukt dalību pētījumā jebkurā laikā, neuzrādot atteikšanās iemeslus.

Atteikšanās piedalīties pētījumā vai dalības pārtraukšana neradīs nekādu nevēlamu ietekmi uz Jums sniegtās veselības aprūpes kvalitāti.

Mēs informēsim Jūs par visiem būtiskajiem jautājumiem par šo pētījumu, kas var ietekmēt Jūsu vēlmi turpināt dalību šajā pētījumā.

Jūs varat uzdot jautājumus, ja neizprotat, kas tiek darīts vai vēlaties iegūt papildinformāciju par pētījuma norisi.

Ja Jums ir kādi jautājumi par šo pētījumu, lūdzu sazināties ar pētījuma veicēju:

---

vārds, uzvārds, tālruna numurs, e-pasta adrese

Es, \_\_\_\_\_ apliecinu, ka:

(pacienta vārds, uzvārds)

- 1) esmu iepazinies/-usies ar šī dokumenta saturu;
- 2) uz maniem jautājumiem ir sniegtas atbildes;
- 3) es saprotu, ka mana dalība šajā pētījumā ir brīvprātīga, un atteikšanās piedalīties pētījumā vai dalības pārtraukšana neizraisīs nekādas nelabvēlīgas sekas;
- 4) piekrītu, ka šī pētījuma laikā, atbilstoši tiesiskā regulējuma prasībām, tiek savākti, uzglabāti un apstrādāti mani personas dati, t.sk. medicīnisko izmeklējumu rezultāti.

Ja vēlaties iepazīties ar pētījumā iegūtajiem rezultātiem, norādiet savu e-pasta adresi: \_\_\_\_\_

Ja Jūs piekrītat piedalīties pētījumā, lūdzu, parakstieties zemāk.

Bērna piekrišana tiks ņemta vērā atbilstoši bērna vecumam – līdz 14 gadu vecumam obligāti nepieciešams vecāku vai likumīgā pārstāvja paraksts, pēc 14 gadu vecuma parakstīties tiesīgs ir arī pats bērns.

---

(pacienta paraksts, t.sk. nepilngadīga, ja tas ir noderīgs)

/vārds, uzvārds/

---

(vecāku, likumisko pārstāvju paraksts, ja pacients ir nepilngadīgs)  
/vārds, uzvārds/

---

(pētījuma veicēja paraksts)

/vārds, uzvārds/

---

datums

\*Bērna vārds (norāda, ja pacients ir nepilngadīga persona un saskaņā ar Pacientu tiesību likumu nepieciešama vecāku /likumisko pārstāvju piekrišana):

---

Šis dokuments ir sagatavots divos eksemplāros, no kuriem viens atrodas pie pētījuma veicēja, otrs- pie pētījuma dalībnieka.