

ONAY FORMU

Hollanda' da bebek ve çocuklarda vitamin D eksikliğinin ve buna yol açan sebeplerinin önlenmesine ve yine bu eksikliğe bağlı olarak ortaya çıkan hastalıkların tesbitine yönelik araştırma, “de kiDs studie”
NL48007.100.14/ 06-2014

Katılımcının (çocuğun) ismi: Doğum tarihi: __/__/__

Bu araştırmaya yönelik bilgilendirme mektubunu ve broşürünü okudum. Konuyla ilgili soru sorma imkanım oldu. Bu sorular yeterince ve gerektiği gibi cevaplandı. Çocuğumun bu araştırmaya katılması konusunda karar vermek için yeterince zamanım oldu. Katılımın tamamen gönüllü olduğunu biliyorum. Çocuğumun araştırmaya katılmasının yararlı olacağına inanıyorum. Araştırmanın ilerleyen safhalarında, herhangi bir fikir değişikliği yaşamamız halinde, istersem, bir neden bildirmeme gerek kalmadan araştırmayı sonlandırabileceğimi biliyorum.

Bilgilendirme mektubu ve broşürü çerçevesinde belirtilen amaçlar için bu çalışmanın verilerinin kullanılmasına onay veriyorum.

Çocuğumun topuk veya parmak ucundan bir kaç damla kan alınmasına, yüksek veya düşük vitamin D değerlerinin bana, aile hekimime ve konsültasyon bürosu hekimine geri bildirilmesine onay veriyorum. Fiziksel muayenenin yapılmasına da onay veriyorum.

Araştırma kapsamında çocuğumun elektronik sağlık dosyasındaki ve konsültasyon bürosundaki bilgilerinin kullanılmasına onay veriyorum.

Araştırma kapsamında çocuğumla ve/veya annesinin hamilelik dönemi ile ilgili aile hekiminden veya uzman doktordan bilgi istenmesine onay veriyorum/onay vermiyorum.

Bu araştırmanın ileride devamı halinde katılarak katkı yapmam konusunda beni aramalarına onay veriyorum/onay vermiyorum.

Çocuğumun kişisel bilgilerinin araştırma sonrasında (en fazla 15 yıl) saklanmasına onay veriyorum. Bu bilgiler GGD kodlanarak saklanacaktır, bu sayede araştırmacı kişisel bilgilere ulaşamayacaktır.

Ebevyň/sorumlu kiři adı:**

İmza:

Tarih: __/__/__

Ebevyň/sorumlu kiři adı:**

İmza:

Tarih: __/__/__

Bu araştırmayla ilgili yukarıda ismi geçen kişi veya kişileri yeterince ve gerektiğince bilgilendirdim.

Eđer araştırma sırasında, ebeveynin vermiş olduğu onayı etkileyecek bilgilerin ortaya çıkması halinde, tarafımdan sözü geçen kişiler zamanında bilgilendirileceklerdir.

Araştırma görevlisi:

İmza:

Tarih: __/__/__

İlave bilgilendirme yapıldı (Gerektiği takdirde)

Adı:

Soyadı:

Görevi:

İmza:

Tarih: __/__/__

*Geçersiz olanın üstünü izin.

**Çocuğun verasetine üstlenmiş kişilerin veya anne ve babanın ikisinin de imzalaması gerekmektedir.