



OTOINFLAMATUAR HASTALIKLARI KÜTÜGÜ (AID)

Onama belgesi

Klinik araştırmaya katılma rızası: **evet** **hayır**

Bu belge ile ben/biz,

kurulmuş olan otoinflamatuvar hastalıkları (autoinflammatory diseases = AID) kütüğünün önem ve gerekliliği hakkında yeteri kadar bilgi verildiğini, ve bana/bize düşünme ve soru sorma fırsatı verildiğini tasdiklerim/tasdikleriz. Ekteki bilgi formunu teslim aldım/aldık ve okudum/okuduk.

Bu onama belgesini hiçbir neden belirtmeden, ve cocuğum/ cocuğumuz keza benim/ bizim için hiçbir dezavantaj oluşmadan her zaman için geri çekebileceğimi/ çekebileceğimizi biliyorum/ biliyoruz. Böylece alınan bilgilerin işlemide ortadan kalkmış olacaktır.

Yer/ Tarih:

Cocuğun Soyisim ve ismi: :

Doğum tarihi::

Lütfen **cocuğun imzasi** (sayet 14 yasında veya üstünde ise):

Annenin soyisim, isim ve adresi:

Lütfen **annenin imzasi**:

Babanın soyisim, isim ve adresi:

Lütfen **babanın imzasi**:

Sorular halinde ulaşılabilir telefon numarası:

Bilgi işlemleri için onama belgesi



- Ben/ biz, hakkimizdaki kisisel bilgilerin, tıbbi bulguların (Soru formu ve moleküler genetik bilgileri) otoinflamatuar hastalıkları kütüğünde toplanmasına, ve yukarıda belirtilen klinik araştırma dahilinde kayıt edilmesine ve kullanılmasına müsaade veriyorum/veriyoruz.
- Ben/biz klinik araştırma dahilinde toplanan bilgilerin kotlanarak anonim bir şekilde kayıt edilmesine, işlenmesine ve bu işlemlerin sonuçlarının yine anonim bir şekilde yayımlanmasına müsaade veriyorum/ veriyoruz.

Yer/ Tarih:

Lütfen **babanın imzası**:

Lütfen **annenin imzası**:

Lütfen **cocugun imzası** (sayet 14 yasinda veya üstünde ise):

Bu onama belgesi cocugunuzun hasta dosyasında muhafaza edilecektir.

Yer/ Tarih:

Bilgi veren doktorun imzası:



**OTOINFLAMATUAR HASTALIKLAR ICIN
BIOLOJIK BANKA (AID)**

Onama belgesi

Klinik arastirmaya katilma rizasi: **evet** **hayir**

Bu belge ile ben/biz,

otoinflamatuvar hastaliklar (autoinflammatory diseases = AID) icin kurulmus olan biolojik bankalarin anlami ve kapsamı hakkında yazili olarak bilgilendirildigimi/ bilgilendirildigimizi ve olasi sorulara cevap alabilme firsatim/ firsatimiz oldugunu belirtirim/ belirtiriz. Ekteki bilgi formunu teslim aldim/ aldik ve okudum/ okuduk. Labaratuvar analizlerinin yapilmasina ve elde edilen numunelerin bu biolojik bankada saklanip klinik arastirmalarda kullanilmasini kabul ediyorum/ ediyoruz.

Bu onama belgesini hicbir neden belirtmeden, ve cocugum/ cocugumuz keza benim/ bizim icin hicbir dezavantaj olusmadan her zaman icin geri cekebilecegimi/ cekebilecegimizi biliyorum/ biliyoruz. Böylece alinan bilgilerin islemide ortadan kalkmis olacaktır.

Yer/ Tarih:

Cocogun Soyisim ve ismi: :

Dogum tarihi::

Lütfen **cocugun imzasi** (sayet 14 yasinda veya üstünde ise):

Annenin soyisim, isim ve adresi:

Lütfen **annenin imzasi**:

Babanin soyisim, isim ve adresi:

Lütfen **babanin imzasi**:

Sorular halinde ulasilabilecek telefon numarasi:



Bilgi işlemleri ve kan numunesi alımı için onama belgesi

- Ben klinik araştırmalarda kullanılmak üzere kan numunesi (birkerelik EDTA'dan DNA elde edebilmek için, bir kaç kere akisi takip edebilmek için Serum) alınmasına izin veriyorum. Bu numunelerden elde edilen ögeler saklanabilir ve klinik araştırmalar için kullanılabilir. Araştırma sonuçları çocuğum/ çocuğumuz için bir netice ifade edeceği takdirde tedavi eden doktora bildirilir. Bu numuneler gerekli rutin kan tahlilleri esnasında alınır. .

Ben/ biz, hakkımızdaki kişisel bilgilerin, tıbbi bulguların (Soru formu, moleküler genetik bilgileri, kan tahlilleri) yukarıda belirtilen klinik araştırma dahilinde toplanmasına, kayıt edilmesine ve kullanılmasına müsaade veriyorum/veriyoruz

Ben/biz klinik araştırma dahilinde toplanan bilgilerin kotlanarak anonim bir şekilde kayıt edilmesine, işlenmesine ve bu işlemlerin sonuçlarının yine anonim bir şekilde yayımlanmasına müsaade veriyorum/ veriyoruz.

Yer/ Tarih:

Lütfen **babanın imzası**:

Lütfen **annenin imzası**:

Lütfen **çocuğun imzası** (sayet 14 yaşında veya üstünde ise):

Bu onama belgesi çocuğunuzun hasta dosyasında muhafaza edilecektir.

Yer/ Tarih:

Bilgi veren doktorun imzası: