

Storosios žarnos piktybinio naviko
ankstyvosios diagnostikos programos
organizavimo, vykdymo ir kokybės
reikalavimų aprašo
6 priedas

(pavyzdinė forma)

**SUTIKIMAS DALYVAUTI STOROSIOS ŽARNOS PIKTYBINIO NAVIKO
ANKSTYVOSIOS DIAGNOSTIKOS PROGRAMOJE IR ATLIKTI IMUNOCHEMINĮ
SLAPTO KRAUJAVIMO IŠMATOSE TYRIMĄ**

Įstaiga, kurioje teikiama paslauga, pavadinimas, kodas, adresas, telefonas (toliau – ASPI)

Asmens vardas, pavardė, amžius

Storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos (toliau – Programa) tikslas yra pakviesti asmenis išsitiirti, siekiant kuo anksčiau diagnozuoti storosios žarnos pokyčius ir pradėti juos gydyti, kad sumažėtų sergamumas ir mirtingumas nuo storosios žarnos vėžio.

Šiuo sutikimu patvirtinate, kad:

- esate žodžiu ir raštu informuotas apie storosios žarnos tyrimo ypatumus ir sutinkate dalyvauti Programoje ir atlikti imunocheminį slapto kraujavimo išmatose tyrimą (iFOBT);
- Jums užteko laiko suprasti pateiktą informaciją ir iš šeimos gydytojo ir Koordinavimo centro gauti atsakymus į Jums kilusius klausimus;
- esate informuotas ir sutinkate, kad Koordinavimo centras ir asmens sveikatos priežiūros įstaiga, prie kurios esate prisirašęs, saugos ir tvarkys Jūsų asmens duomenis sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir Programos vykdymo tikslais;
- sutinkate, kad Koordinavimo centras:
 - informuos Jus apie Jūsų tyrimo rezultatus paštu, e.sveikatos sistemoje, taip pat ir kitais būdais (el. paštu, telefonu);
 - pakvies Jus pakartotinai išsitiirti ir konsultuotis dėl tolesnės sveikatos priežiūros;
 - kaups ir analizuos duomenis, kad būtų galima užtikrinti kokybišką Programos vykdymą ir tolesnę Jūsų sveikatos būklės stebėseną.

Jeigu nenorite gauti tyrimo rezultatų el. paštu arba paštu, pažymėkite ☐

Asmuo _____

Vardas Pavardė _____ Parašas _____

Sutikimo formos užpildymo data ir laikas _____

Įstaigos darbuotojas, užpildęs sutikimo formą

Vardas Pavardė _____ Parašas _____

Sutikimo formos užpildymo data ir laikas _____