

## Форма информированного согласия

Для согласия пациента на опубликование изображений и/или информации о них в публикациях медицинского журнала BMJ.

Ф. И. О. пациента: \_\_\_\_\_

Степень родства/знакомства с пациентом (в случаях, когда пациент не подписывает эту форму): \_\_\_\_\_

Описание фотографии, изображения, текста или иного материала (**Материал**) о пациенте. **Копию Материала следует приложить к этой форме:** \_\_\_\_\_

Предварительный заголовок статьи, в которую будет включен Материал: \_\_\_\_\_

### СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_, [Ф. И. О. ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ] даю свое согласие на выход Материала обо мне/пациенте в публикации медицинского журнала BMJ.

**Я подтверждаю, что я:** (отметьте соответствующие ячейки для подтверждения)

- видел фотографию, изображение, текст или иной материал обо мне/пациенте;**
- прочитал статью, которая будет отправлена в медицинский журнал BMJ;**
- имею законное право подписывать данное согласие.**

Я понимаю, что:

- (1) Материал будет опубликован без указания моего имени/имени пациента, при этом я понимаю, что полная анонимность не может быть гарантирована. Существует вероятность того, что кто-то где-то, например, кто-то, кто осуществлял уход за мной/пациентом, или родственник может узнать меня/пациента.
- (2) В Материале могут отображаться или содержаться данные о моем заболевании или травме/заболевании или травме пациента, а также о любых прогнозах, лечении или хирургических операциях, которые были, есть или могут быть в будущем у меня/пациента.
- (3) Статья может быть опубликована в журнале, распространяемом по всему миру. Публикации журнала BMJ в первую очередь предназначены для врачей и других работников здравоохранения, но также могут быть прочитаны другими лицами, включая ученых, студентов и журналистов.
- (4) Статья, включающая Материал, может стать частью пресс-релиза, на нее может быть дана ссылка в социальных сетях и/или ее могут использовать в рекламных целях. После опубликования статья будет размещена на веб-сайте журнала BMJ и также может быть доступна на других веб-сайтах.
- (5) Перед опубликованием текст статьи будет отредактирован с точки зрения стиля, грамматики и согласованности текста.
- (6) Я/пациент не получу никакой финансовой выгоды от опубликования статьи.
- (7) Статья также может быть использована полностью или частично в других публикациях и продуктах, публикуемых журналом BMJ и/или другими издателями. Сюда входят публикации

на английском языке и в переводе, в печатном виде, в цифровых форматах и в любых других форматах, которые могут использоваться журналом BMJ или другими издателями в настоящее время и в будущем. Статья может появляться в местных изданиях журналов или других публикациях, издаваемых в Великобритании и за рубежом.

- (8) Я могу отозвать свое согласие в любое время до момента публикации, но как только статья будет подписана к опубликованию («пойдет в печать»), отозвать это согласие больше не будет возможным.
- (9) Эта форма информированного согласия будет храниться журналом BMJ в надежном месте с соблюдением конфиденциальности в соответствии нормами законодательства не дольше необходимого срока.

Отметьте соответствующие ячейки, чтобы подтвердить следующее:

- Я даю согласие на хранение моих контактных данных журналом BMJ (в том числе за пределами Европейской экономической зоны (ЕЭЗ)) только с целью связи со мной в будущем, если возникнет такая необходимость.
- Если это согласие относится к статье в «Отчетах о случаях болезни BMJ» (BMJ Case Reports), у меня/пациента была возможность прокомментировать статью и я убежден, что комментарии, если таковые имеются, были отражены в статье.

Подписано: \_\_\_\_\_ Ф. И. О. печатными буквами: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

При подписании от имени пациента укажите причину, по которой пациент не может самостоятельно дать согласие (напр., смерть пациента, возраст пациента менее 18 лет или наличие у пациента нарушения когнитивных или умственных функций).

\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

- Если Вы подписываете в интересах семьи или другой группы, отметьте ячейку для подтверждения того, что все соответствующие члены семьи или группы были поставлены в известность.

**Если пациент является ребенком в возрасте 7 лет или старше, то он также должен подтвердить свое согласие:**

Подписано: \_\_\_\_\_ Ф. И. О. печатными буквами: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Данные лица, которое объяснило и оказало содействие в подписании формы** пациентом или его представителем (например, соответствующий автор или другое лицо, имеющее полномочия на получение согласия).

Подписано: \_\_\_\_\_ Ф. И. О. печатными буквами: \_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_

Учреждение: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_