Форма информированного согласия

**Для согласия пациента на опубликование изображений и/или информации о них в публикациях медицинского журнала «Евразийский кардиологический журнал».**

|  |  |
| --- | --- |
| *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 «Евразийский кардиологический журнал».

***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***

**«Евразийский кардиологический журнал»*;***

# 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 «Евразийский кардиологический журнал» 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 «Евразийский кардиологический журнал» 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 «Евразийский кардиологический журнал» 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 «Евразийский кардиологический журнал» 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.

1. 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.
2. Эта форма информированного согласия будет храниться журналом «Евразийский кардиологический журнал» 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 «Евразийский кардиологический журнал» только с целью связи со мной в будущем, если возникнет такая необходимость.
* Если это согласие относится к статье в разделе *«Клинический случай»*, 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:*  *Учреждение:*  |  | *Адрес:*   |
| *Адрес электронной почты:*   |  | *Номер телефона:*  |

*Дата:*