*Форма 05-011*

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ/ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ МЛАДШЕ 18 ЛЕТ И ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ЛИЦ-УЧАСТНИКОВ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

(на участие в исследовании с минимальным риском для участников)

Настоящим я даю согласие на участие в научном исследовании **«Оптимизация диагностики остеопороза и профилактики низкоэнергетических переломов в условиях Арктического региона»**, проводимом в Клинике Медицинского института СВФУ им. М.К.Аммосова, врачом **-** исследователем ***Епановым Виктором Владимировичем***

несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, год рождения)

Я был осведомлен о следующем:​ о целях данного исследования, возможном риске или неудобстве для субъекта, о​ процедурах исследования, включая все инвазивные процедуры, о обязанности субъекта,  компенсации и/или лечение, доступные субъекту в случае причинения вреда его здоровью в результате участия в исследовании, о планируемых выплатах субъекту за его участие в исследовании, если таковые предусмотрены, о​ планируемых расходах субъекта, если таковые ожидаются, связанные с его участием в исследовании, что участие субъекта в исследовании является добровольным, и он может отказаться от участия или выйти из исследования в любой момент без каких-либо санкций для себя или потери положенных выгод. Осведомлен о предполагаемой длительности участия субъекта в исследовании. Мною в письменном виде была получена информация и ответы на все мои вопросы.

Я даю согласие на просмотр исследователями медицинской карты несовершеннолетнего, при условии сохранения ими профессиональной конфиденциальности.

Мною были получены гарантии того, что несовершеннолетний имеет право прекратить участие в исследовании.

Я даю согласие на то, чтобы данные о несовершеннолетнем занесены в компьютерный файл, обеспечивающий гарантию защиты лицами, определенными законодательством. Я имею право обращаться к этим данным и при необходимости исправлять их через выбранного мною врача.

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО участника (родителя)** | **Подпись** |
| **ФИО исследователя** | **Подпись**  **Дата:** |