



SAMÞYKKISYFIRLÝSING

Vísindarannsókn - á vegum Íslenskrar erfðagreiningar og samstarfsaðila

- 1 Með undirskrift minni hér að neðan votta ég vilja minn til þátttöku í ofanefndri rannsókn.
- 2 Ég staðfesti að hafa kynnt mér meðfylgjandi upplýsingar um rannsóknina, þar sem m.a. eðli, tilgangur, áhætta og skilmálar þátttöku eru kynntir, að mér hafi verið gefinn nægur tími til að kynna mér efni þeirra og þessarar samþykkisyfirlýsingar og að ég hafi fengið viðunandi svör við spurningum mínum.
- 3 Ég samþykki að svara eftir bestu getu spurningalistum og leysa verkefni vegna rannsóknarinnar.
- 4 Ég samþykki að gangast undir skoðun og rannsóknir á ýmsum líffærakerfum og að mér verði afhentar ákveðnar niðurstöður þeirra.
- 5 Ég samþykki að dregnir verði úr mér 60 ml af bláæðablóði í þeim tilgangi að einangra úr því erfðaeefni (kjarnsýru/DNA/RNA), hvítar blóðfrumur til ræktunar og blóðvökva til mælinga á ýmsum efnum. Einnig samþykki ég að nota megí í sömu rannsókn önnur lífsýni sem frá mér stafa og kunna að finnast í lífsýnasöfnum.
- 6 Ég heimila að samkeyra megí upplýsingar um mig við öll gögn Íslenskrar erfðagreiningar.
- 7 Ég heimila að sýni, án persónuauðkenna, verði send úr landi til greininga eða mælinga sé þess þörf vegna rannsóknarinnar.
- 8 Ég heimila ábyrgðarmönnum rannsóknarinnar að afla upplýsinga sem gagnast rannsókninni úr sjúkraskrárum mínum.
- 9 Ég heimila að haft sé samband við maka/sambýling og ættingja mína til að bjóða þeim þátttöku, enda sé tryggt að þeim séu ekki veittar heilsufars- eða aðrar persónuupplýsingar um mig.
- 10 Ég samþykki að hafa megí samband við mig ef þörf er frekari upplýsinga eða sýna vegna rannsóknarinnar. Jafnframt að kynna megí fyrir mér framhaldsrannsóknir eða nýjar rannsóknir sem byggjast á gögnum þessarar rannsóknar, þar með talið arfgerð minni, öðrum mældum eiginleikum á lífsýnum úr mér eða upplýsingum sem ég hef veitt.
- 11 Ég veiti Íslenskri erfðagreiningu heimild til að nota blóðsýni, og erfðaeefni, blóðvatn og frumur sem kunna að verða einangruð úr þeim, ásamt upplýsingum um mig, til annara vísindarannsókna á vegum fyrirtækisins, sem hafa hlotið umfjöllun og leyfi Vísindasiðanefndar.
- 12 Í samræmi við Lög um lífsýnasöfn og söfn heilbrigðisupplýsinga nr. 1146/2010, með áorðnum breytingum, veiti ég leyfi til varðveislu blóðsýna, vefjasýna, erfðaefnis og hvítra blóðkorna úr mér í Lífsýnasafni Íslenskrar erfðagreiningar undir kóða. Ég heimila jafnframt varðveislu upplýsinga sem um mig er safnað vegna þátttöku minnar í rannsóknum fyrirtækisins. Ég geri mér grein fyrir því að hafa má við mig samband til að kynna mér nýjar óskyldar rannsóknir.
- 13 Með undirskrift minni hér að neðan afsala ég mér öllum kröfum til mögulegs fjárhagslegs hagnaðar af þessum rannsóknum.

STADFESTING ÞÁTTTÖKU. Nafn og kennitala ritað eigin hendi

dags.

UNDIRSKRIFT FORRÁÐAMANNS og kennitala ef um er að ræða þátttöku barns eða ólögráða einstaklings (Tilgreinið skyldleika/tengsl forráðamanns við þátttakanda)

dags.

STADFESTING á að hafa kynnt ofangreindum þátttakanda eðli og tilgang rannsóknarinnar og hann telji upplýsingarnar fullnægjandi.

dags.