|  |
| --- |
| ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας  (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από ………….….. σελίδες) |
| Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε |
| Η οικογενής αμυλοειδική πολυνευροπάθεια τύπου Ι στην Κύπρο : Επικαιροποίηση των επιδημιολογικών , κλινικών και γενετικών στοιχείων. |
| Υπεύθυνος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε |
| Δρ Θεόδωρος Κυριακίδης, Ινστιτούτο νευρολογίας και γενετικής Κύπρου |

Καλείστε να συμμετάσχετε σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα. Πιο κάτω (βλ. **«Πληροφορίες για Ασθενείς ή/και Εθελοντές»**) θα σας δοθούν εξηγήσεις σε απλή γλώσσα σχετικά με το τι θα ζητηθεί από εσάς ή/και τι θα σας συμβεί σε εσάς, εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα. Θα σας περιγραφούν οποιοιδήποτε κίνδυνοι μπορεί να υπάρξουν ή ταλαιπωρία που τυχόν θα υποστείτε από την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Θα σας επεξηγηθεί με κάθε λεπτομέρεια τι θα ζητηθεί από εσάς και ποιος ή ποιοι θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και άλλο υλικό που εθελοντικά θα δώσετε για το πρόγραμμα. Θα σας δοθεί η χρονική περίοδος για την οποία οι υπεύθυνοι του προγράμματος θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και υλικό που θα δώσετε. Θα σας επεξηγηθεί τι ελπίζουμε να μάθουμε από το πρόγραμμα σαν αποτέλεσμα και της δικής σας συμμετοχής. Επίσης, θα σας δοθεί μία εκτίμηση για το όφελος που μπορεί να υπάρξει για τους ερευνητές ή/και χρηματοδότες αυτού του προγράμματος. **Δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουσδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.** Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, πρέπει να αναφέρετε εάν είχατε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα έρευνας μέσα στους τελευταίους 12 μήνες. Εάν αποφασίσετε να μην συμμετάσχετε και είστε ασθενής, η θεραπεία σας δεν θα επηρεαστεί από την απόφασή σας. **Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε την συγκατάθεση για την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.** Εάν είστε ασθενής, η απόφασή σας να αποσύρετε την συγκατάθεση σας, δεν θα έχει οποιεσδήποτε επιπτώσεις στην θεραπεία σας. Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε τυχόν παράπονα ή καταγγελίες, που αφορούν το πρόγραμμα στο οποίο συμμετέχετε, προς την Επιτροπή Βιοηθικής που ενέκρινε το πρόγραμμα ή ακόμη και στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.

**Πρέπει όλες οι σελίδες των εντύπων συγκατάθεσης να φέρουν το ονοματεπώνυμο και την υπογραφή σας.**

|  |
| --- |
| Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε |
| Η οικογενής αμυλοειδική πολυνευροπάθεια τύπου Ι στην Κύπρο : Επικαιροποίηση των επιδημιολογικών , κλινικών και γενετικών στοιχείων. |
| Υπεύθυνος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε |
| Δρ Θεόδωρος Κυριακίδης, Ινστιτούτο νευρολογίας και γενετικής Κύπρου |

**Στοιχεία Συμμετέχοντα:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επίθετο: | ……………………………………………….………. | Όνομα: | ……………………………………….. |
| Υπογραφή: |  | Ημερομηνία: |  |

|  |
| --- |
| ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας  (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από …….. σελίδες) |
| Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε |
| Η οικογενής αμυλοειδική πολυνευροπάθεια τύπου Ι στην Κύπρο : Επικαιροποίηση των επιδημιολογικών , κλινικών και γενετικών στοιχείων. |

|  |  |
| --- | --- |
| Δίδετε συγκατάθεση για τον εαυτό σας ή για κάποιο άλλο άτομο; |  |
| Εάν πιο πάνω απαντήσατε για κάποιον άλλο, τότε δώσετε λεπτομέρειες και το όνομα του. | |
|  | |

**Όνομα κηδεμόνα:** .......................................................................................................................

**Αρ. Ταυτότητας:** .........................................................................................................................

**Τηλέφωνο επικοινωνίας:** ...........................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Ερώτηση | ΝΑΙ ή ΟΧΙ |
| Συμπληρώσατε τα έντυπα συγκατάθεσης εσείς προσωπικά; |  |
| Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο ερευνητικό πρόγραμμα; |  |
| Διαβάσατε και καταλάβατε τις πληροφορίες για ασθενείς ή/και εθελοντές; |  |
| Είχατε την ευκαιρία να ρωτήσετε ερωτήσεις και να συζητήσετε το Πρόγραμμα; |  |
| Δόθηκαν ικανοποιητικές απαντήσεις και εξηγήσεις στα τυχόν ερωτήματά σας; |  |
| Καταλαβαίνετε ότι μπορείτε να αποσυρθείτε από το πρόγραμμα, όποτε θέλετε; |  |
| Καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν είναι αναγκαίο να δώσετε οποιεσδήποτε εξηγήσεις για την απόφαση που πήρατε; |  |
| (Για ασθενείς) καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν θα υπάρξουν επιπτώσεις στην τυχόν θεραπεία που παίρνετε ή που μπορεί να πάρετε μελλοντικά; |  |
| **Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα;** |  |
| Με ποιόν υπεύθυνο μιλήσατε; | |

**Στοιχεία Συμμετέχοντα:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επίθετο: | ……………………………………………….………. | Όνομα: | ……………………………………….. |
| Υπογραφή: |  | Ημερομηνία: |  |

|  |
| --- |
| ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας  (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από …………….. σελίδες) |
| Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε |
| Η οικογενής αμυλοειδική πολυνευροπάθεια τύπου Ι στην Κύπρο : Επικαιροποίηση των επιδημιολογικών , κλινικών και γενετικών στοιχείων. |

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ή/και ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ**

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να συγκεντρωθούν επιδημιολογικές πληροφορίες σχετικά με την οικογενή αμυλοειδική νευροπάθεια τύπου Ι που παρουσιάζεται σε σχετικά ψηλή συχνότητα στην Κύπρο, όπως είχε αναδείξει προηγούμενη επιδημιολογική μελέτη, από τους ίδιους μελετητές το 2003. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η επικαιροποίηση των επιδημιολογικών δεδομένων με απώτερο σκοπό τη καλύτερη στοιχειοθέτηση της νόσου στην Κύπρο, της κλινικής της εικόνας, της συμπτωματολογίας που οδηγεί στην διάγνωσης της και γενικά το αντίκτυπο των διάφορων επιπλοκών της πάθησης στους ασθενείς. Θα μελετηθεί το σύνολο των διαγνωσθέντων ασθενών , κατόπιν της συγκατάθεσης τους , αφού σχεδόν όλοι παρακολουθούνται από τον κύριο Ερευνητή (Δρ Θ. Κυριακίδη) στο Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής Κύπρου. Θα συλλεχθούν στοιχεία όπως ηλικία, φύλο, ηλικία έναρξης της νόσου, οικογενειακό ιστορικό, αρχικά συμπτώματα , είδους θεραπείας, (συμπεριλαμβανομένου της μεταμόσχευσης ήπατος) , την παρουσία η μη διάφορων επιπλοκών της νόσου στα νεφρά , εγκέφαλο , μάτια κλπ. Θα γίνει επικαιροποίηση των οικογενειακών δένδρων και υπολογισμός των πιθανών φορέων της νόσου. Όλες οι πληροφορίες θα συλλεχθούν με πλήρη εχεμύθεια από τους ερευνητές οι οποίοι θα δεσμευτούν γραπτώς προ τούτον και θα είναι υπό την επιτήρηση του κύριου Ερευνητή.

Όλες οι πληροφορίες θα αποθηκευθούν ανώνυμα σε ειδικό πρόγραμμα σε ασφαλείς υπολογιστές και θα αναλυθούν ανώνυμα. Μόνο οι ερευνητές της μελέτης θα έχουν πρόσβαση στην στα δείγματα και δεδομένα της μελέτης.

Μέρος της μελέτης είναι η επιβεβαίωση η μη της παρουσίας μετάλλαξης στο γονίδιο της τρανσθυρετίνης( το γονίδιο που προκαλεί την νόσο) σε πιθανούς φορείς / ασθενείς της οικογενούς αμυλοειδικής νευροπάθειας τύπου Ι. Επίσης, ως μέρος της μελέτης θα εξεταστούν πολυμορφισμοί ( γενετικές παραλλαγές) του γονιδίου του συμπληρώματος C1Q ( ένα γονίδιο που εμπλέκεται στην παθολογία της νόσου) σε σχέση με την ηλικία έναρξης της νόσου. Υπάρχουν στοιχεία ότι στο Κυπριακό πληθυσμό το συμπλήρωμα C1Q ενδεχομένως να τροποποιεί την ηλικία έναρξη της νόσου και είναι σημαντικό αυτό να επιβεβαιωθεί στην παρούσα μελέτη.

**Στοιχεία Συμμετέχοντα:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επίθετο: | ……………………………………………….………. | Όνομα: | ……………………………………….. |
| Υπογραφή: |  | Ημερομηνία: |  |

|  |
| --- |
| ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας  (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από …………….. σελίδες) |
| Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε |
| Η οικογενής αμυλοειδική πολυνευροπάθεια τύπου Ι στην Κύπρο : Επικαιροποίηση των επιδημιολογικών , κλινικών και γενετικών στοιχείων. |

Ως εκ τούτου θα σας ζητηθεί να δώσετε δείγμα αίματος για απομόνωση και φύλαξη του DNA σας ( αν δεν έχετε ήδη δώσειτε αίμα για την αρχική κλινική σας διάγνωση) για τις αναγκαίες γενετικές αναλύσεις. Το δείγμα DNA θα φυλαχθεί στο τμήμα νευρογενετικής του Ινστιτούτου Νευρολογίας και Γενετικής Κύπρου .

Εάν έχετε ήδη δώσει δείγμα, τότε υπογράφοντας το έντυπο αυτό μας δίδετε συγκατάθεση να έχουμε πρόσβαση και στα προηγούμενα σας ιατρικά αρχεία. Στο δείγμα αίματος που θα ληφθεί από σας θα δοθεί κωδικός αριθμός με σκοπό να διασφαλιστεί η ανωνυμία σας και η σύνδεση του ονόματος σας και του κωδικού στα δείγματα αίματος θα είναι γνωστή μόνο στον υπεύθυνο του προγράμματος. Από το δείγμα αίματος που θα σας ληφθεί θα απομονωθεί και θα μελετηθεί το γενετικό υλικό σας υλικό με σύγχρονες μεθόδους μοριακής βιολογίας.

Θα σας ζητηθεί η συγκατάθεση για φύλαξη και χρήση του δείγματος του DNA σας ανώνυμα, μέχρι και 6 χρόνια, σε μελλοντικές μελέτες που σχετίζονται με την νόσο σας. Θα μπορείτε να επιλέξετε κατά πόσον δίδετε την συγκατάθεση σας για χρήση του γενετικού σας υλικού, των γενετικών σας δεδομένων και μη-γενετικών σας δεδομένων μόνο για αυτή την συγκεκριμένη μελέτη ή κατά πόσον θα μας επιτρέψετε να χρησιμοποιήσουμε όλα τα πιο πάνω και για άλλες συναφείς, μελλοντικές, μελέτες που θα τύχουν έγκρισης από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.

Τα οφέλη που μπορεί να προκύψουν από την διεξαγωγή της παρούσας μελέτης είναι;

1. Καλύτερη στοιχειοθέτηση της νόσου στην Κύπρο και συγκεκριμένα την συχνότητα της πάθησης , των αρχικών της συμπτωμάτων τα οποία θα μπορούσαν και διοχετευτούν στη Ιατρική κοινότητα για μια πιο έγκαιρη διάγνωση.
2. Η καταμέτρηση των ασθενών ανά την Κύπρο και ιδιαίτερα των νέων ασθενών κάθε χρόνο θα ήταν χρήσιμη πληροφόρηση για τον σχεδιασμό προσφοράς υπηρεσιών στους ασθενείς.
3. Η ενδεχόμενη επιβεβαίωση του ρυθμιστικού ρόλου του συμπληρώματος C1Q θα πρόσφερε στο μέλλον μια ευκαιρία θεραπευτικής παρέμβασης στην εξέλιξη της νόσου. Στο παρόν στάδιο η ταυτοποίηση πολυμορφισμών του συμπληρώματος C1Q δεν συνδράμει στην θεραπεία της νόσου.

Μπορείτε να συμμετέχετε μόνο εάν είστε άνω των δεκαοκτώ ετών . Έχετε την επιλογή να λάβατε γνώση, μετά το πέρας της εργαστηριακής εξέτασης, το αποτέλεσμα σας και τι ενδεχομένως να σημαίνει για σας.

Η συμμετοχή σας στο ερευνητικό αυτό πρόγραμμα θα απαιτήσει να έχετε μια συνέντευξη με του ερευνητές και μια αιμοληψία, 12 κυβ. εκατ. Αίματος (3 κουταλιές σούπας) που θα γίνει κατά την διάρκεια εξετάσεων ρουτίνας του ασθενή. Αυτό είναι το μόνο που θα απαιτηθεί από εσάς.

**Στοιχεία Συμμετέχοντα:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επίθετο: | ……………………………………………….………. | Όνομα: | ……………………………………….. |
| Υπογραφή: |  | Ημερομηνία: |  |

|  |
| --- |
| ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας  (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από ………..….. σελίδες) |
| Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε |
| Η οικογενής αμυλοειδική πολυνευροπάθεια τύπου Ι στην Κύπρο : Επικαιροποίηση των επιδημιολογικών , κλινικών και γενετικών στοιχείων. |

Η αιμοληψία περιλαμβάνει την πιθανότητα να δημιουργηθεί μώλωπας στο σημείο της φλεβοκέντησης. Πολύ πιο σπάνια μπορεί να προκληθεί ζαλάδα ή λιποθυμία. Το προσωπικό που θα κάνει την αιμοληψία είναι έμπειρο και θα καταβληθεί κάθε προσπάθεια για την αποφυγή των πιο πάνω παρενεργειών.

Μπορείτε να ανακαλέσετε την συγκατάθεση για συμμετοχή σας στο πρόγραμμα έγκρισή σας οποτεδήποτε, στέλνοντας γραπτή ειδοποίηση στον Δρ. Θεόδωρο Κυριακίδη, στο Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής Κύπρου, Λεωφόρος Διεθνούς Αεροδρομίου 6, Άγιος Δομέτιος, 2370 Λευκωσία. Εάν αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας, η συμμετοχή σας στη μελέτη θα τερματισθεί και το προσωπικό της μελέτης θα πάψει να συλλέγει τις ιατρικές σας πληροφορίες και θα καταστρέψει αμέσως το δείγμα DNA.

**Στοιχεία Συμμετέχοντα:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επίθετο: | ……………………………………………….………. | Όνομα: | ……………………………………….. |
| Υπογραφή: |  | Ημερομηνία: |  |

|  |
| --- |
| ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας  (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από ………..….. σελίδες) |
| Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε |
| Η οικογενής αμυλοειδική πολυνευροπάθεια τύπου Ι στην Κύπρο : Επικαιροποίηση των επιδημιολογικών , κλινικών και γενετικών στοιχείων. |

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ή/και ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ, συνέχεια:**

Δεν υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη στους συμμετέχοντες.

Για ερωτήσεις πού πιθανό να έχετε μπορείτε να απευθυνθείτε στον υπεύθυνο του προγράμματος Δρ Θεόδωρο Κυριακίδη, στο τηλέφωνο 22392758.

Σε περίπτωση που θα θέλετε να διατυπώσετε οποιαδήποτε παράπονο σε σχέση με την συμμετοχή σας σε αυτή την έρευνα, μπορείτε να το κάνετε γραπτώς Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής Κυπρου, στην διεύθυνση:

Αντρέας Παπαδούρης

Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής Κυπρου

Λεωφ. Διεθνές Αεροδρομίου 6

P.O Box 23462

1683 Λευκωσία, Κύπρος

Τηλ: 22392725

Fax: 22358238

E-mail: andreasp@cing.ac.cy

**Στοιχεία Συμμετέχοντα:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επίθετο: | ……………………………………………….………. | Όνομα: | ……………………………………….. |
| Υπογραφή: |  | Ημερομηνία: |  |

|  |
| --- |
| ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας  (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από ………..….. σελίδες) |
| Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε |
| Η οικογενής αμυλοειδική πολυνευροπάθεια τύπου Ι στην Κύπρο : Επικαιροποίηση των επιδημιολογικών , κλινικών και γενετικών στοιχείων. |

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ -παρουσα μελετη**

Έχω διαβάσει και κατανοήσει τις δηλώσεις στο παρόν έντυπο συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση. Είχα την ευκαιρία να υποβάλλω ερωτήσεις και είμαι ικανοποιημένος με τις εξηγήσεις που παρέχονται στη διαδικασία της συγκατάθεσης. Παρέχω οικειοθελώς τη συγκατάθεσή μου να συμμετέχω στη μελέτη και εγκρίνω τη χρήση των πληροφοριών μου που συσχετίζονται με την παρούσα μελέτη. Κατανοώ ότι θα λάβω υπογεγραμμένο αντίτυπο του εντύπου αυτού.

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

Ονοματεπώνυμο του ασθενή με κεφαλαία γράμματα

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Υπογραφή του ασθενή |  | Ημερομηνία |

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

Ονοματεπώνυμο του ατόμου που εξηγεί το έντυπο συγκατάθεσης με κεφαλαία γράμματα

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Υπογραφή του ατόμου που εξηγεί το έντυπο συγκατάθεσης. |  | Ημερομηνία |

**Στοιχεία Συμμετέχοντα:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επίθετο: | ……………………………………………….………. | Όνομα: | ……………………………………….. |
| Υπογραφή: |  | Ημερομηνία: |  |

|  |
| --- |
| ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας  (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από ………..….. σελίδες) |
| Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε |
| Η οικογενής αμυλοειδική πολυνευροπάθεια τύπου Ι στην Κύπρο : Επικαιροποίηση των επιδημιολογικών , κλινικών και γενετικών στοιχείων. |

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ-ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕς ΜΕΛΕΤΕΣ**

Έχω διαβάσει και κατανοήσει τις δηλώσεις στο παρόν έντυπο συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση. Είχα την ευκαιρία να υποβάλλω ερωτήσεις και είμαι ικανοποιημένος με τις εξηγήσεις που παρέχονται στη διαδικασία της συγκατάθεσης.Παρέχω οικειοθελώς τη συγκατάθεσή μου για μελλοντική χρήση του DNA μου σε μελλοντικές μελέτες που σχετίζονται με την οικογενή αμυλοειδική πολυνευροπάθεια τύπου Ι. Κατανοώ ότι θα λάβω υπογεγραμμένο αντίτυπο του εντύπου αυτού.

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

Ονοματεπώνυμο του ασθενή με κεφαλαία γράμματα

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Υπογραφή του ασθενή |  | Ημερομηνία |

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

Ονοματεπώνυμο του ατόμου που εξηγεί το έντυπο συγκατάθεσης με κεφαλαία γράμματα

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Υπογραφή του ατόμου που εξηγεί το έντυπο συγκατάθεσης. |  | Ημερομηνία |

**Στοιχεία Συμμετέχοντα:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επίθετο: | ……………………………………………….………. | Όνομα: | ……………………………………….. |
| Υπογραφή: |  | Ημερομηνία: |  |