**INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA**

s registrací klinických údajů v registru České urologické společnosti ČLS JEP pro sledování pacientů s cystektomií

**Já níže podepsaný(á):**

*Jméno:*………………………………………*Příjmení*:………………………………………………*Datum narození:…………..……………………………*

**prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) ošetřujícím lékařem:**

*Titul, jméno a příjmení:……………………………………………………….. Pracoviště: ……………………………………..……………………………*

se sběrem klinických údajů v rámci registru České urologické společnosti ČLS JEP pro sledování výsledků a kvality péče o pacienty s cystektomií.

V této databázi budou sledovány výsledky diagnostických vyšetření, informace o léčbě a dále průběžné informace o Vašem zdravotním stavu. Smyslem tohoto registru je souhrnné vědecké hodnocení údajů u velké skupiny pacientů s onemocněním vedoucím k cystektomii. Registr předpokládá sběr běžných klinických údajů z běžné zdravotnické dokumentace, která je o Vašem onemocnění vedena ošetřujícím lékařem. V rámci tohoto projektu nebudou prováděna žádná vyšetření navíc a nebudou používány žádné nové nevyzkoušené léky. Zpětný sběr dat nebude ovlivňovat způsob Vaší léčby.

Sběr dat bude plně anonymní, tedy pouze Vaše ošetřující pracoviště bude schopno identifikovat Vaši osobu tak, jak je to dosud běžné. Svým podpisem dáváte souhlas s případným uveřejněním výsledků dosažených v rámci projektu. Výsledky budou uveřejňovány pouze souhrnně, pro velké skupiny pacientů, nikoli konkrétně pro Vaši osobu. Vaše totožnost nebude nikdy zveřejněna v souladu se zákony České republiky o ochraně osobních údajů. Přílohou tohoto souhlasu je soupis konkrétních informací o sbíraných datech v registru. Tyto informace jsou k dispozici také elektronicky na http://cyrus.registry.cz/.

Z těchto důvodů dávám souhlas ke zpětné registraci klinických údajů. Byly mi zodpovězeny všechny dotazy, které jsem v souvislosti s registrem měl(a). Beru na vědomí, že svůj souhlas mohu kdykoliv zrušit, aniž by to ovlivnilo způsob mé budoucí léčby.

***Po tomto seznámení si nejsem vědom(a) žádných důvodů, které by mému souhlasu s registrací dat bránily, a dobrovolně souhlasím s registrací klinických dat v  registru České urologické společnosti ČLS JEP pro hodnocení cystektomie.***

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

 Podpis pacienta Datum

S pacientem jsem s pomocí tohoto dokumentu vše prodiskutoval(a). Jsem přesvědčen(a), že jsem pacienta plně informoval(a) o podstatě projektu, jak je vyžadováno platnými etickými a legislativními normami.

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

 Ošetřující lékař Podpis Datum