

Форма информированного согласия

для согласия пациента на опубликование изображений и/или информации о них в публикациях медицинского журнала «Фундаментальная и клиническая медицина».

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 «Фундаментальная и клиническая медицина».

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 «Фундаментальная и клиническая медицина»;**
- ☐ **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 «**Фундаментальная и клиническая медицина**» 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 «**Фундаментальная и клиническая медицина**» 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 «**Фундаментальная и клиническая медицина**» и/или другими издателями. Сюда входят публикации на русском и английском языке, в печатном виде,

в цифровых форматах и в любых других форматах, которые могут использоваться журналом **«Фундаментальная и клиническая медицина»** или другими издателями в настоящее время и в будущем. Статья может появляться в местных изданиях журналов или других публикациях, издаваемых в Российской Федерации и за рубежом.

(8) 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.

(9) Эта форма информированного согласия будет храниться журналом **«Фундаментальная и клиническая медицина»** с соблюдением конфиденциальности в соответствии с нормами законодательства не дольше необходимого срока.

Отметьте соответствующие ячейки, чтобы подтвердить следующее:

☐ Я даю согласие на хранение моих контактных данных журналом **«Фундаментальная и клиническая медицина»** только с целью связи со мной в будущем, если возникнет такая необходимость.

☐ Если это согласие относится к статье в разделе **«Клинические случаи»** (*Case Reports*), 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: _____

Адрес: _____

Учреждение: _____

Адрес электронной почты: _____

Номер телефона: _____