

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ  
ИССЛЕДОВАНИЯ

«Онтогенез психических процессов у детей во взаимосвязи с  
микробиотическим, иммунологическим и метаболическим статусом»

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.),  
дата рождения \_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями  
статьи № 20 Федерального закона № 323 ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны  
здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное  
добровольное согласие на участие в исследовании «Онтогенез психических  
процессов у детей во взаимосвязи с микробиотическим, иммунологическим и  
метаболическим статусом» моего сына/моей дочери  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.),

дата рождения \_\_\_\_\_  
Я прочитал(а) и понял(а) информационный листок, описывающий  
вышеуказанное исследование и у меня было достаточно времени, чтобы  
обдумать вопрос об участии в данном исследовании моего ребенка.

Я имел(а) возможность задать любые вопросы и на все вопросы получил(а)  
исчерпывающие ответы.

В рамках проведения исследования я добровольно даю согласие на проведение  
оценки когнитивных (познавательных) функций моего ребенка

\_\_\_\_\_ (ФИО и подпись законного представителя)

Я даю согласие на получение образцов кала и крови моего ребенка (не менее 1  
грамма) для проведения исследования микробиологического состава просвета  
кишечной трубки, а также иммунологического и метаболического статуса. Я  
согласен(а) на использование данного биологического материала в порядке,  
описанном в \_\_\_\_\_ информационном \_\_\_\_\_ листке

\_\_\_\_\_ (ФИО и подпись законного представителя)

Я получил(а) подписанный и датированный экземпляр информационного листка  
о исследовании «» и формы информированного согласия.

Я даю разрешение на использование в рамках данного исследования  
информации, собранной о состоянии когнитивных функций и  
микробиологического анализа кишечного содержимого моего ребенка в ходе  
основного исследования.

Организаторы исследования гарантируют, что все данные, полученные во время исследования, будут использованы исключительно в научных целях, и ни при каких условиях личные данные участников не будут переданы третьим лицам.

Организаторы исследования также гарантируют, что хранение резервных биообразцов будет проведено на территории Российской Федерации.

Фамилия, имя, отчество законного представителя участника исследования:

\_\_\_\_\_

Подпись законного представителя участника исследования: \_\_\_\_\_

Дата подписания согласия: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Врач-исследователь, который проводил обсуждение формы информированного согласия на участие в исследовании «Онтогенез психических процессов у детей во взаимосвязи с микробиотическим, иммунологическим и метаболическим статусом»

Я предоставил(а) вышеназванному законному представителю  
ребенка \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

полную и точную информацию о исследовании и подтверждаю, что, на мой взгляд, он(а) ясно понимает, в чем состоит суть этого исследования и с каким риском и пользой может быть сопряжено участие в нём.

Я подтверждаю, что \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)  
не принуждали подписывать форму согласия и что \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

добровольно дал согласие на участие в данном исследовании.

Я подтверждаю, что выдал(а) на руки \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)  
один экземпляр информационного листка и формы согласия.

Фамилия, имя, отчество исследователя:

\_\_\_\_\_

Подпись исследователя: \_\_\_\_\_

Дата подписания согласия: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_