

Δήλωση συγκατάθεσης

Αθήνα,

Ο/Η υπογεγραμμένος,.....
είμαι μη καπνιστής/καπνίστρια και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου ως
εθελοντής/εθελόντρια στην επιστημονική έρευνα της διδακτορικής διατριβής με τίτλο

*«ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΙΜΩΝ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ
ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΤΗΝ ΑΤΤΙΚΗ, ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗ ΣΤΟ ΗΛΙΚΙΑΚΟ ΕΥΡΟΣ 16-24 ΕΤΩΝ:
ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗ, ΚΑΜΠΥΛΗ ΡΟΗΣ - ΟΓΚΟΥ ΚΑΙ ΠΑΛΜΙΚΗ
ΤΑΛΑΝΤΩΣΙΜΕΤΡΙΑ» .*

Ενημερώθηκα από τον εξεταστή ιατρό σχετικά με τις εξετάσεις στις οποίες πρόκειται να υποβληθώ, χωρίς οικονομική επιβάρυνση, προκειμένου να ελεγχθούν οι σωματομετρικές μου μετρήσεις και η αναπνευστική μου λειτουργία.

Συγκεκριμένα θα υποβληθώ σε :

- Λήψη του ιατρικού ιστορικού και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της έρευνας
- Σπироμέτρηση, Καμπύλη ροής-όγκου
- Παλμική Ταλαντωσιμετρία
- Σωματομετρικές μετρήσεις

Καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας η ερευνητική ομάδα (επιστήμονες, τεχνικοί, γραμματεία) θα λειτουργούν με βάση τα πρότυπα του κώδικα ηθικής και δεοντολογίας, όπως προβλέπεται από τη Δήλωση του Ελσίνκι, εξασφαλίζοντας την προστασία των προσωπικών δεδομένων και το ιατρικό απόρρητο ενός εκάστου των εθελοντών.

Αποδέχομαι, επίσης, τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της έρευνας αυτής, με προϋπόθεση την τήρηση των όρων ανωνυμίας και ιατρικού απορρήτου.

Διατηρώ το δικαίωμά μου για απόσυρση από την έρευνα, ή απόσυρση των αποτελεσμάτων που αναφέρονται στις προσωπικές μου μετρήσεις οποτεδήποτε το ζητήσω, με απλή αίτησή μου και χωρίς υποχρέωση αιτιολόγησης.

Στην περίπτωση τυχαίου παθολογικού ευρήματος, ο υπεύθυνος ιατρός θα με ενημερώσει για τη σημασία του και θα με κατευθύνει σε περαιτέρω έλεγχο ή και θεραπεία σύμφωνα με τις ισχύουσες ιατρικές οδηγίες.

Αποδέχομαι ότι η διαπίστωση παθολογικού ευρήματος, οδηγεί σε εξαίρεσή μου από την έρευνα.

Ο/Η Δηλών/ούσα