

## Форма информированного согласия

предназначена для получения разрешения от пациента на опубликование изображений и (или) информации о нем в научно-практическом журнале «*Байкальский медицинский журнал*».

Ф.И.О. пациента

Степень родства/знакомства с пациентом (*в случаях, когда форму подписывает законный представитель*)

Описание фотографии, изображения, текста или иного материала (далее – Материал) о пациенте (*копию Материала следует приложить к этой форме*)

Предварительное название статьи, в которую будет включен Материал

## СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_,

(*Ф.И.О. полностью, печатными буквами*)

даю свое согласие на публикацию Материала обо мне/пациенте в научно-практическом журнале «*Байкальский медицинский журнал*».

Подтверждаю, что я:

(*необходимо отметить соответствующие ячейки*)

видел(а) фотографию, изображение, текст или иной материал обо мне/пациенте;

прочитал(а) статью, которая будет отправлена в журнал «*Байкальский медицинский журнал*»;

имею законное право подписывать данное согласие.

Я информирован(а) о том, 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 или где-то (например, тот, кто осуществлял уход за мной/пациентом, или родственник) может узнать меня/пациента.

2) В Материале могут отображаться или содержаться данные о моем заболевании/травме или заболевании/травме пациента, а также о любых прогнозах, лечении или хирургических операциях, которые были, есть или могут быть в будущем у меня/пациента.

3) Статья планируется к публикации в журнале, распространяемом по всему миру. Публикации журнала «*Байкальский медицинский журнал*» предназначены для врачей, провизоров, научных работников и других специалистов здравоохранения, но также могут быть прочитаны другими лицами, включая ученых, студентов, журналистов.

4) Статья, содержащая Материал, может быть включена в пресс-релиз, 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 «*Байкальский медицинский журнал*» 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 материалах, публикуемых журналом «*Байкальский медицинский журнал*» и (или) другими изданиями в России и за рубежом (в том числе на русском языке, в переводе на английском языке, в печатном виде, в цифровых форматах и в любых других форматах, которые могут использоваться журналом «*Байкальский медицинский журнал*» или другими изданиями в настоящее время и в будущем).

8) Я могу отозвать свое согласие в любое время до момента утверждения статьи в печать редколлегией журнала «*Байкальский медицинский журнал*».

9) Эта форма информированного согласия будет храниться журналом «*Байкальский медицинский журнал*» в надежном месте с соблюдением конфиденциальности в соответствии с нормами законодательства Российской Федерации в течение необходимого срока.

*Отметьте соответствующие ячейки, чтобы подтвердить следующее:*

Я даю согласие на хранение моих контактных данных журналом «*Байкальский медицинский журнал*» только с целью связи со мной в будущем, если возникнет такая необходимость.

Подпись:

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 (например, 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 чтобы подтвердить следующее:*

Все соответствующие члены семьи или группы были поставлены в известность.

Данные лица, которым были предоставлены необходимые разъяснения и оказано содействие в подписании формы пациентом или его законным представителем:

*(например, автор статьи или другое лицо, имеющее полномочия на получение согласия)*

Подпись:

Ф.И.О. печатными буквами:

Должность:

Учреждение:

Адрес:

Адрес электронной почты:

Номер телефона:

Дата: