

Форма информированного согласия

Согласие пациента на публикацию изображения или информации о себе в журнале «Сеченовский вестник»

Имя, фамилия пациента:

Дата рождения:

_____	_____	_____
День (xx)	Месяц (xx)	Год (xxxx)

Имя, фамилия официального представителя, обоснование права представлять интересы пациента (в случае, если не сам пациент подписывает эту форму):

Описание фото, изображения, текста или другой информации (Информация) о пациенте.

Раздел журнала, в который планируется включить Информацию:

☐ Клинический случай

☐ Как я это делаю

☐ Другое (уточнить) _____

Название рукописи, в которую будет включена Информация: _____

СОГЛАСИЕ

Я _____
(Имя и фамилия печатными буквами)

Даю свое согласие на публикацию Информации обо мне/пациенте в журнале «Сеченовский вестник».

Подтверждаю, что я: (пожалуйста, поставьте галочки для подтверждения)

☐ видел фото, изображение, текст или другую информацию обо мне/пациенте

☐ прочитал рукопись, представленную для рассмотрения в журнал «Сеченовский вестник»

☐ имею законное право дать это согласие

Я понимаю следующее:

1. Информация будет опубликована без указания моего имени/имени пациента, однако, я понимаю, что полная анонимность не может быть гарантирована. Не исключено, что кто-нибудь где-нибудь, например, тот, кто ухаживал за мной/пациентом или родственник, может узнать меня/пациента.
2. Информация может включать детали о моем/пациента заболевании или травме, прогнозе, лечении или хирургическом вмешательстве, которое я/пациент перенес недавно, перенес в прошлом или планирую провести в будущем.
3. Статья может быть опубликована в журнале, который распространяется по всему миру. Публикации в журнале «Сеченовский вестник» предназначены главным образом для врачей и других медицинских специалистов, но их также могут видеть многие другие, включая ученых, студентов и журналистов.
4. Статья, включая Информацию, может быть предметом пресс-релиза, на нее могут быть ссылки в социальных сетях и/или может использоваться в других рекламных мероприятиях. После публикации статья будет размещена на сайте журнала «Сеченовский вестник», а также может быть доступна на других сайтах.
5. Перед публикацией текст статьи будет отредактирован на предмет стиля, грамматики и согласованности.
6. Я/пациент не получу никакой финансовой выгоды от публикации этой статьи.
7. Статья может быть использована полностью или частично в других публикациях, выпускаемых журналом «Сеченовский вестник» или другими изданиями. Это включает публикацию на английском/русском языке и в переводе, в печатном или цифровом формате и в любом другом формате, который может быть использован журналом «Сеченовский вестник» или другим

- изданием в настоящем и будущем. Статья может быть опубликована в России и за рубежом.
8. Я могу отозвать свое согласие в любое время перед публикацией, но после того, как статья будет опубликована, отозвать согласие будет невозможно.
9. Настоящая форма согласия будет храниться журналом «Сеченовский вестник» конфиденциально в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации "О персональных данных", и в соответствии с политикой приватности журнала «Сеченовский вестник»

Пожалуйста, поставьте галочки для подтверждения:

- ☐ Соответственно данному согласию я/пациент имел возможность высказать свои комментарии к представлению Информации в статье «Клинический случай» или «Как я это делаю» в журнале «Сеченовский вестник», и я/пациент удовлетворен тем, как эти комментарии были учтены в статье.

Имя, фамилия печатными буквами _____

Адрес: _____

Е-mail: _____

Телефон: _____

Подпись _____

Дата:		
_____	_____	_____
день (xx)	месяц (xx)	год (xxxx)

- ☐ Если согласие подписано за пациента официальным представителем, пожалуйста укажите причину, почему пациент не может подписать сам (несовершеннолетний, имеет когнитивные или интеллектуальные нарушения).

Подпись _____

Дата:		
_____	_____	_____
день (xx)	месяц (xx)	год (xxxx)

Информация о человеке, который объяснил пациенту/его представителю детали представления согласия и заполнения данной формы для публикации в журнале (автор, ответственный за переписку с редакцией или кто-то, обладающий правами получить согласие на публикацию от пациента).

Имя, фамилия печатными буквами _____

Должность: _____

Аффилиация: _____

Адрес: _____

Е-mail _____

Телефон: _____

Подпись _____

Дата:		
_____	_____	_____
День (xx)	Месяц (xx)	Год (xxxx)