**OSALEJA INFORMEERITUD NÕUSOLEK**

**Uuringu nimetus:** Von Willebrandi tõve diagnostika, levimus ja käsitlus Eestis

**Tervishoiuasutused:** SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

SA Tallinna Lastehaigla

**Tere!**

Sul on diagnoositud vere hüübimisega seotud haigus nimega von Willebrandi tõbi. Selle haiguse tõttu võib Sul olla sageli näiteks ninaverejookse või tekkida kergesti sinikaid ja oled pidanud käima tihti arsti juures.

Alustame üle-eestilist Sinu diagnoosiga haigeid kaasavat teadusuuringut, mille abil soovime kirjeldada Sinu ja teiste sarnaste veritsusprobleemidega inimeste haigust ja ravi Eestis. Uuringu raames vaatame ja analüüsime arvutis Sinu veritsushaigusega seotud terviseandmeid, mida on sinna kirjutanud Sind ravinud arstid ja/või õed.

Selleks, et Sinu haiguse kohta kogutavad andmed saaksid aidata teisi Sinuga sama diagnoosiga lapsi ja täiskasvanuid Eestis, siis palume Sinu luba Sinu haiguse kohta andmete kogumiseks ja analüüsimiseks. Töö käigus kogutakse ja salvestatakse Sinul esineva veritsushaigusega seotud terviseandmed. Ainult uuringus osalevad arstid saavad Sinu andmeid vaadata.

Kui Sa ei taha, et me uuriksime sinul esinevat veritsushäiret, siis ütle seda julgelt. Me austame Sinu soovi, Sinu otsus lubada või mitte lubada oma haigusloole ligipääsu ei muuda meie suhtumist Sinusse.

Palun märgi ristiga sobiv vastus:

□ Ma **annan** loa oma terviseandmete kasutamiseks ja kogumiseks uuringu raames.

□ Ma **ei anna** luba oma terviseandmete kasutamiseks ja kogumiseks uuringu raames.

**Palun kirjuta siia oma nimi ja allkiri** ……………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nõusoleku võtnud tervishoiutöötaja Nõusoleku võtnud tervishoiutöötaja Kuupäev

ees- ja perekonnanimi allkiri