SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen **"Koronavirusrokotteiden immuunivasteet Suomessa", EudraCT-numero 2021_004788-29.**

Olen perehtynyt edellä olevaan selvitykseen (Tiedote tutkittavalle, V4.0, 14.10.2022) ja saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut niihin riittävän vastauksen. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita tutkimukseen osallistumista.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta peruuttaa suostumukseni tutkimukseen. Suostumuksen peruuttamisesta ei aiheudu minulle kielteisiä seuraamuksia, eikä se vaikuta asemaani terveydenhuollon asiakkaana. Olen tietoinen siitä, että keskeyttämiseen tai suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan, että osallistun tässä asiakirjassa kuvattuun tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi. Olen tietoinen siitä, että henkilötietojani voidaan käsitellä myös kotimaisen ja ulkomaisen viranomaisen suorittaman tarkastuksen yhteydessä.

Tutkittava täyttää aina henkilökohtaisesti tutkimuskäynnillä:

_____ Päiväys: _____ /_____ / 202__
Allekirjoitus pv kk vvvv

_____ Henkilötunnus |__ __ __ __ __ __|_|__ __ __ __|
Nimen selvennys p v k k v v

Annan luvan ottaa minuun uudestaan yhteyttä koronavirusrokotetutkimukseen liittyen:

Puhelinnumero: _____ sähköpostiosoite: _____@_____

Osoite:
_____

Oletteko saanut positiivisen tuloksen itse tekemästänne koronaviruksen kotitestistä? ☐ Kyllä Ei ☐

Jos kyllä, ilmoittakaa viimeisimmän positiivisen testin ajankohta: _____kuu / 202___

Tästä eteenpäin lomakkeen täyttää näytteenottaja / tutkimushenkilökunta:

Suostumuksen vastaanottaja:

_____ _____ Päiväys: ____ / ____ / 202___
Allekirjoitus Nimen selvennys

Liimaa tähän näytetarra, jossa on henkilötunnus ja nimi

Näytteenottopäivämäärä _____ / _____ / 202___

Anna kopio allekirjoitetusta suostumuksesta tutkittavalle. Lähetä alkuperäinen näytteen mukana THL:ään.