

GJÖF SAMANBURÐARSÝNIS TIL ERFÐARANNSÓKNA OG STÖÐLUNAR MÆLIADFERÐA

1. Með undirskrift minni hér að neðan votta ég vilja minn til þátttöku í samanburðarhópi fyrir rannsóknir Íslenskrar erfðagreiningar.
2. Ég staðfesti að hafa kynnt mér meðfylgjandi upplýsingablöð um rannsóknina þar sem m.a. eðli, tilgangur, áhætta og skilmálar þátttöku eru kynntir og að mér hafi verið gefinn nægur tími til að kynna mér efni þeirra og þessarar samþykkisyfirlýsingar og fengið viðunandi svör við spurningum mínum.
3. Ég samþykki að gefa lífsýni til erfðarannsóknanna.

- Sýnið tek ég sjálf/sjálfur með því að skafa létt innan úr báðum kinnum með meðfylgjandi sköfum, samkvæmt hjálögðum leiðbeiningum.
- Sýnið sendi ég, í umslagi sem fylgir, til Þjónustumiðstöðvar rannsóknaverkefna, ásamt þessu upplýsta samþykki, sem ég hef undirritað.

Einnig samþykki ég að nota megí í sömu rannsókn önnur lífsýni sem frá mér stafa, sem kunna að finnast á lífsýnasöfnum.

4. Ég heimila að samkeyra megí upplýsingar um mig við gögn hjá Íslenskrari erfðagreiningu.
5. Ég heimila ábyrgðarmönnum rannsóknarinnar að afla upplýsinga sem nauðsynlegar eru framgangi rannsóknarinnar úr sjúkraskráminni.
6. Ég samþykki að hafa megí samband við mig ef þörf er frekari upplýsinga eða sýna vegna rannsóknarinnar. Jafnframt að kynna megí fyrir mér framhaldsrannsóknir eða nýjar rannsóknir sem byggjast á gögnum þessarar rannsóknar, þar með talið arfgerð minni, öðrum upplýsingum um mig eða mældum eiginleikum á lífsýnum úr mér.

- Lífsýni og gögn frá mér verða varðveitt í lífsýnasafni Íslenskrar erfðagreiningar ef ég samþykki það með undirritun sérstakrar samþykkisyfirlýsingar. Annars verður öllum gögnum og sýnum frá mér, ásamt kóða sem gerir kleift að rekja niðurstöður til mín eytt við lok rannsóknarinnar og ekki má nota neitt af því til annarra rannsókna en þeirra sem ég hef samþykkt.
- Ég geri mér grein fyrir því að hafa má við mig samband til að kynna mér nýjar óskyldar rannsóknir.

7. Með undirskrift minni hér að neðan afsala ég mér öllum kröfum til mögulegs fjárhagslegs hagnaðar af þessum rannsóknum.

STAÐFESTING ÞÁTTTÖKU. Nafn og kennitala ritað eigin hendi

dags.

Tölvupóstfang mitt (ef vill):

ATHUGIÐ: Þetta undirritaða upplýsta samþykki þarf að fylgja lífsýninu.