

24D-2 Świadoma zgoda uczestnika badania „Lipidogram”

2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu szczegółowo określonym w niniejszym dokumencie, na podstawie przepisu prawa zgodnie z art.6 ust.1 pkt. a rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016.
3. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem o działalności leczniczej jest obligatoryjne, a w pozostałym jest dobrowolne.
4. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu,
 - 4.1. Posiada Pani/Pan prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
 - 4.2. Posiada Pan/Pani prawo do zgłoszenia reklamacji lub skargi, listownie albo osobiście, poprzez druk 26D-1 „Karta zgłoszenia reklamacji lub skargi” dostępny na stronie <http://biobank.rcnt.pl/pl/dokumenty/>.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez termin dłuższy spośród określonych poniżej:
 - 5.1. zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008r o prawach i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.), tj. 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z uwzględnieniem wyjątków przewidzianych we wskazanym przepisie, lub
 - 5.2. przez czas funkcjonowania Biobanku.
6. Podane przez Panią/Pana dane będą utajnione. Próbką zostanie zakodowana unikalnym numerem, uniemożliwiając identyfikację danych personalnych przez osoby niepowołane.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iodo@rcnt.pl
9. Pracownicy Biobanku Regionalnego Centrum Naukowo-Technologicznego mogą skontaktować się z Panią/Panem ponownie (telefonicznie lub listownie) w celu uzupełnienia informacji.
10. W każdej chwili może Pani/Pan wycofać swój materiał biologiczny bez podania przyczyny. Wyniki badawcze uzyskane do tego momentu mogą być wykorzystane w celach naukowych.
11. Pobrany materiał biologiczny, w przypadku wyrażenia zgody na nieodpłatne przechowywanie materiału biologicznego, zostanie wykorzystany do realizacji przyszłych badań naukowych.
12. Podane przez Panią/Pana dane będą jedynie znane członkom zespołu badawczego i będą traktowane jako poufne, nie będą przekazywane innym odbiorcom.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis Uczestnika badania)

24D-3 Kwestionariusz medyczny dla uczestnika badania „Lipidogram”

Uzupełnia pielęgniarka

data pobrania

godzina pobrania

imię i nazwisko osoby pobierającej

miejsce na etykietę

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

DLA OSÓB ODDAJĄCYCH MATERIAŁ BIOLOGICZNY DO BIOBANKU ŚWIĘTOKRZYSKIEGO RCNT W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „OKREŚLENIE PROFILU LIPIDOWEGO MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO”

Imię i Nazwisko Uczestnika:	Numer Uczestnika (wypełnia RCNT):
---	---

I. Podstawowe dane

1. Płeć	M / K	2. Wzrost (cm):	
3. Wiek (lata):		4. Waga (kg):	
5. PESEL:		6. Data urodzenia:	
7. Miejsce zamieszkania (proszę zaznaczyć odpowiednie)	<input type="checkbox"/> miasto > 100 tys. <input type="checkbox"/> miasto 50-100 tys. <input type="checkbox"/> miasto 25-50 tys. <input type="checkbox"/> miasto < 25 tys. <input type="checkbox"/> wieś	8. Wykształcenie (proszę zaznaczyć odpowiednie)	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> niepełne wyższe <input type="checkbox"/> wyższe

II. Pytania ogólne dotyczące stylu życia, stanu zdrowia (zakreślić "X" TAK lub NIE)

Pytanie	TAK	NIE	W przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o podanie szczegółów
1. Czy obecnie pali Pan/i papierosy?			TAK, palę od lat w ilości papierosów dziennie.
2. Czy palił/a Pan/i papierosy w przeszłości?			TAK, przez lat w ilości papierosów dziennie.
2. Czy spożywa Pan/i alkohol?			TAK, proszę podać ile razy w tygodniu/miesiącu
3. Czy spożywa Pan/i mięso?			TAK, proszę podać ile razy w tygodniu Jaki rodzaj najczęściej? <input type="checkbox"/> drób <input type="checkbox"/> wołowina <input type="checkbox"/> wieprzowina <input type="checkbox"/> inne.....
4. Czy spożywa Pan/i ryby?			TAK, proszę podać ile razy w tygodniu
5. Czy spożywa Pan/i słodzone napoje gazowane			TAK, proszę podać ile razy w tygodniu
6. Czy spożywa Pan/i słodczyce?			TAK, proszę podać ile razy w tygodniu
7. Czy jest Pan/i na diecie lub eliminuje z diety określone produkty?			TAK, proszę podać rodzaj diety (np.: bezglutenowa, wysokobiałkowa, wegetariańska)

24D-3 Kwestionariusz medyczny dla uczestnika badania „Lipidogram”

Pytanie	TAK	NIE	W przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o podanie szczegółów
<p>8. Czy obecnie choruje Pan/i lub przebył/a Pan/i :</p> <ul style="list-style-type: none"> • choroby serca lub układu krążenia (np.: chorobę wieńcową, zawał serca, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu)? • choroby metaboliczne endokrynologiczne lub choroby uznawane za dziedziczne (np.: cukrzycę, zapalenie tarczycy, hemofilię)? • choroby układu pokarmowego? • choroby układu moczowego? • choroby układu oddechowego? • chorobę nowotworową? 			<p>TAK, chorowałem/tam na....., przez lat.</p> <p>TAK, choruję na od lat.</p>
<p>9. Czy ktokolwiek z Pan/i rodziny przebył/leczy się na jakąś chorobę przewlekłą (cukrzyca, nowotwór, hipercholesterolemia, nadciśnienie tętnicze itd.)</p>			<p>TAK, proszę podać nazwę schorzenia i stopień pokrewieństwa:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>10. Czy przyjmuje Pan/i jakieś leki?</p>			<p>TAK, proszę podać nazwę i dawki:</p> <p>.....</p>
<p>11. Czy uprawia Pan/i jakiś sport, aktywność fizyczną?</p>			<p>TAK, Jaki to rodzaj aktywności?</p> <p>Ile godzin tygodniowo?.....</p>
<p>12. Czy przyjmuje Pan/i jakieś witaminy, suplementy diety?</p>			<p>TAK, proszę podać nazwę i dawki:</p> <p>.....</p>
<p>13. Czy występują u Pana/i problemy ze snem?</p>			<p>TAK, proszę podać jakie:</p> <p><input type="checkbox"/> trudność w zasypianiu</p> <p><input type="checkbox"/> zbyt wczesne budzenie się</p> <p><input type="checkbox"/> wybudzanie w nocy</p> <p><input type="checkbox"/> inne:</p>
<p>14. Jaka jest Pana/i średnia liczba godzin snu na dobę?</p>	<p>..... godzin na dobę</p>		
<p>15. Czy jest Pani w ciąży?</p>			<p>TAK, proszę podać, który tydzień</p>
<p>16. Czy w czasie trwania ciąży wystąpiła u Pani tzw. „cukrzyca ciążarnych”?</p>			<p>TAK, proszę podać grupę:</p> <p><input type="checkbox"/> GDM1 (w leczeniu wystarczy odpowiednia dieta)</p> <p><input type="checkbox"/> GDM2 (w leczeniu niezbędne jest podawanie insuliny oraz prawidłowa dieta)</p>

Oświadczam, że wyżej podane informacje są kompletne i zgodne z prawdą.

.....
(miejsowość i data wypełnienia kwestionariusza)

.....
(podpis Uczestnika badania)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz prawa krajowego informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalne Centrum Naukowo - Technologiczne z siedzibą: Podzamcze 45, 26 060 Chęciny
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu szczegółowo określonym w Informacji dla Uczestnika badania na podstawie przepisu prawa zgodnie z art.6 ust.1 pkt. a RODO tj. dobrowolnej zgody.
3. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzanych danych.
 - 3.1. Posiada Pani/Pan prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie bez żadnych niekorzystnych następstw odmowy. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
 - 3.2. W każdej chwili może Pani/Pan zażądać zniszczenia materiału biologicznego bez podania przyczyny. Wyniki badawcze uzyskane do tego momentu mogą być wykorzystane w celach naukowych.
4. Pobrany materiał biologiczny, w przypadku wyrażenia zgody na nieodpłatne przechowywanie materiału biologicznego, może zostać wykorzystany do realizacji przyszłych badań naukowych.
5. Odbiorcą zebranych danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas funkcjonowania Biobanku.
8. Podane przez Panią/Pana dane będą pseudonimizowane co oznacza, że próbka zostanie zakodowana unikalnym numerem, uniemożliwiając identyfikację danych personalnych.
9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji badania.
11. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: **iod@rcnt.pl**

.....
(data i podpis)