PATVIRTINTA

VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninės generalinio direktoriaus

2020-10-12 d. įsakymu Nr.1V-1070

 1 priedas

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

(Mokslo ir studijų institucija)

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

(Fakultetas, studijų programa, kursas, grupė)

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

(Studento vardas, pavardė)

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

(Telefonas, elektronio pašto adresas)

VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninės

Medicinos etikos komisijos pirmininkui

**PRAŠYMAS**

**DĖL MOKSLO TIRIAMOJO DARBO VYKDYMO LIGONINĖJE**

**202\_ - \_\_-, Kaunas**

Prašau leisti vykdyti mokslo tiriamąjį darbą VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninėje, esant šioms sąlygoms:

|  |  |
| --- | --- |
| **Mokslo tiriamojo darbo pavadinimas:** |  |
| **Mokslo tiriamojo darbo vadovas (vardas, pavardė, pareigos):** |  |
| **Ligoninės padalinys/-iai, kuriame/-iuose siekiama vykdyti mokslo tiriamąjį darbą:** |  |
| **Tiriamųjų grupė (pvz. pacientai, jų artimieji, darbuotojai ir kt.):** |  |
| **Tiriamųjų imtis** **(jei tiriamųjų grupių yra keletas, nurodyti kiekvienos jų imtį):** |  |
| **Tyrimo pradžia (metai, mėnuo, diena):** |  |
| **Tyrimo pabaiga (metai, mėnuo, diena):** |  |
| **Duomenų rinkimo pobūdis (pažymėti):** | Retrospektyvinis Perspektyvinis Mišrus |
| **Suteikti prieigos teises prie ligoninės informacinės sistemos:** | Nuo 20\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ | Iki 20\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ |
| **Suteikti prieigos teises prie ligoninės medicininių vaizdų archyvo:** | Nuo 20\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ | Iki 20\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ |
| **Kita svarbi informacija:** |  |  |

PRIDEDAMA:

 *Konfidencialumo pasižadėjimas (\_\_ psl.);*

 *Studento patvirtinimas dėl COVID-19 rizikos įvertinimo (\_\_psl.);*

 *LSMU BEC pritarimas dėl mokslo tiriamojo darbo vykdymo (\_\_psl.);*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_psl.)*

 *(Kita informacija)*

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

 (studento vardas, pavardė, parašas)

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

 (Tyrimo vadovo vardas, pavardė, parašas)

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

 Ligoninės struktūrinis padalinys\* (vadovo/vedėjo vardas, pavardė, parašas)

*\*Jeigu Tyrimą planuojama vykdyti keliuose Ligoninės padaliniuose, pasirašyti turi kiekvieno padalinio vadovas/vedėjas.*

MEDICINOS ETIKOS KOMISIJOS PIRMININKO SPRENDIMAS:

 *LEISTI VYKDYTI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(parašas, nurodomos vykdymo sąlygos (jeigu taikoma)*

 *NELEISTI VYKDYTI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(parašas, nurodomos priežastys)*