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)*