

Emri i pjesëmarrësit:

\_\_\_\_\_

Numri personal i pjesëmarrësit:

\_\_\_\_\_

ID e pjesëmarrësit të studimit:

\_\_\_\_\_

Titulli i projektit: IMPACT

Përgjegjës: \_\_\_\_\_

Tel. i kontaktit: \_\_\_\_\_

## DHËNIE PËLQIMI

Nëse ti e ke lexuar fletën e informacionit dhe ti dëshiron të marrësh pjesë në studimin IMPACT, Ju lutem, përgjigju në pyetjet si dhe e nënshkruan këtë formular.

1. Unë e kam lexuar fletën e informacionit mbi studimin dhe kam marrë një kopje që ta ruaj. Unë kam marrë informacion, plotësisht të kuptueshëm dhe unë kam pasur rast të bëj pyetje. Po
2. Unë e kuptoj se pjesëmarrja në studim është vullnetar dhe unë, në çdo kohë, lirisht mund ta ndërpres pjesëmarrjen time, pa ndikuar në kujdesin tim mjekësor. Po
3. Unë jap pëlqimin që analiza e faktorit Placental Growth Factor, në analizën e mëhershme të gjakut të ruajtur (KUB), ose analiza e marrë për këtë studim. Po
4. Unë i jap leje personelit të studimit të merr informacion për mua dhe për shtatzëninë time, në regjistrin e shtatzënisë. Po ashtu, të shikoj në ditarin tim të kujdesit shëndetësor për nënat dhe të lindjes, si dhe në ditarin e fëmijës në lidhje me shtatzëninë dhe rezultatit të lindjes. Unë jam siguruar se informacioni për mua dhe për fëmijën tim, do të trajtohen në mënyrë sekrete. Po
5. Unë jap leje të merret analiza e gjakut për ruajtje në biobankë. Unë jap leje që këto analiza të gjakut dhe informacioni për shtatzëninë time, mund të përdoren për hulumtimet e ardhshme, me qëllim që të mund parashihen komplikimet te nëna dhe fëmija, në lidhje me shtatzëninë dhe lindjen. Edhe rezultatet e shtatzënisë, mund të lidhen me të dhënat e ardhshme shëndetësore, në regjistrat kombëtar shëndetësor. Kjo bëhet me parakusht që të miratohet nga Këshilli i etikës, e të merret për hulumtim. Po

Sigla, pjesëmarrësi: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Sigla, njoftuesi: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Emri lexueshëm, njoftuesi: \_\_\_\_\_

Om denna blankett signerats efter information av tolk skall även nedan stycke fyllas i;

**Declaration by interpreter**

I (*name*) ..... declare that:

- I assisted the investigator (*name*) ..... to explain the information in this document to (*name of participant*) ..... using the language medium of.....
- We encouraged her to ask questions and took adequate time to answer them.
- I conveyed a factually correct version of what was related to me.
- I am satisfied that the participant fully understands the content of this informed consent document and has had all her question satisfactorily answered.

Signed at (*place*) ..... on (*date*) .....

.....  
Signature of interpreter

.....  
Signature of witness