

## INFORMACJA DLA PACJENTA

Szanowny Pacjencie!

Chcielibyśmy poprosić Panią/Pana o zgodę na udział w projekcie badawczym „System oceny ran pooperacyjnych pod kątem ryzyka zakażenia miejsca operowanego i innych zaburzeń gojenia przy wykorzystaniu algorytmów nauczania maszynowego”. Projekt ma na celu opracowanie metody wczesnego rozpoznawania zakażeń ran pooperacyjnych na podstawie wywiadów medycznych oraz zdjęć ran i uzyskał dofinansowanie ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju w ramach Programu Inteligentny Rozwój 2014-2020.

Udział w badaniu nie wiąże się z żadnymi uciążliwościami ani zmianami w prowadzeniu terapii rany. Może natomiast wpłynąć na poprawę gojenia rany poprzez częsty kontakt specjalistów z Państwa stanem przypadkiem. Do celów naukowych zbierane są wyłącznie anonimowe informacje o Państwa stanie klinicznym, stanie rany oraz zdjęcia rany.

Zbierane dane osobowe, w tym numer PESEL będą służyć wyłącznie jednoznacznej identyfikacji rekordów (wpisów) w tworzonej bazie danych celem uniknięcia duplikatów oraz określeniu wieku i płci uczestnika badania. Dane te nie będą udostępniane nikomu poza lekarzem lub pielęgniarką prowadzącą Państwa przypadek.

**Ochrona i bezpieczeństwo danych jest naszym priorytetem i podstawową wartością.**

Dane uzyskiwane od Państwa będą przetwarzane przy pomocy aplikacji telemedycznej iWound ([www.iwound.pl](http://www.iwound.pl)), a prowadzącym projekt badawczy jest Wound Expert sp. z o.o., ul. Krzemowa 1, 62-002 Złotniki.

W każdym momencie macie Państwo prawo do rezygnacji z udziału w projekcie, do wglądu w zebrane dane, oraz do żądania ostatecznego usunięcia Państwa danych z bazy danych projektu. W tym celu prosimy o kontakt na adres email: [info@woundexpert.pl](mailto:info@woundexpert.pl)

Mamy nadzieję, że dzięki Państwa udziałowi w projekcie uda się opracować metodę unikania zakażeń ran pooperacyjnych, co jest obecnie istotnym problemem społecznym.

Dziękujemy!

## ZGODA PACJENTA NA UDZIAŁ W BADANIU

Jako pacjent wyrażam zgodę na udział w badaniu Wound Expert mającym na celu opracowanie metody wczesnego rozpoznawania zakażeń ran pooperacyjnych na podstawie wywiadów medycznych oraz zdjęć ran. Potwierdzam, iż zapoznałam/em się z powyższą Informacją dla Pacjenta oraz zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w niezbędnym zakresie do przeprowadzenia badania.

Imię: .....

Nazwisko: .....

Numer PESEL:

Data i podpis: .....