

Informovaný souhlas

Vážený pane / vážená paní,

byl/a jste osloven/a ke spolupráci za účelem získání výzkumných dat pro diplomovou práci (název: Využití elektromyografie pro funkční diagnostiku horní končetiny u spinálních pacientů z pohledu ergoterapeuta), studentky navazujícího magisterského oboru ergoterapie na 1. LF Univerzity Karlovy v Praze, Bc. Kateřiny Novákové. Tato práce se zabývá vytvořením souhrnu možností, jak lze v oboru ergoterapie využít elektromyografii pro funkční diagnostiku horní končetiny.

Vaše účast v tomto výzkumu je zcela dobrovolná a můžete ji kdykoli bez jakýchkoli sankcí odvolat. Spočívá v tom, že umožníte studentce lékařské fakulty provedení vstupního vyšetření, zaměřeného na anamnestická data (jako je např. vývoj zdravotních potíží apod.) a na Vaši soběstačnost v každodenním životě nyní po poškození míchy. Dále bude pomocí povrchové elektromyografie provedeno snímání svalové aktivity jednotlivých svalových skupin při provádění činností zajišťujících soběstačnost (např. přesuny z vozíku na lůžko, používání příboru, oblékání apod.) V práci budou zaznamenána výsledná data z elektromyografu.

Pro ochranu osobních údajů budou v diplomové práci uváděny pouze Vaše iniciály. Jako další data budou použity Vaše anamnestické údaje.

V případě souhlasu bude v práci použit obrazový materiál. Anonymizace osoby na fotografiích bude provedena začerněním obličeje, či částí těla, znaků, které by mohly vést k identifikaci Vaší osoby. Neanonymizované fotografie a dokumenty budou po ukončení výzkumu smazány.

Souhlas s účastí ve výzkumu potvrďte prosím svým podpisem níže:

Souhlas s použitím obrazového materiálu potvrďte prosím svým podpisem níže:

Prohlašuji, že souhlasím, aby níže uvedená studentka směla nahlédnout do mých anamnestických údajů a použila je v anonymní podobě v rámci své diplomové práce.

Zároveň souhlasím s tím, že studentka použije informace o průběhu vyšetření, u kterých bude přítomna.

Před podepsáním informovaného souhlasu mi byl vysvětlen způsob mé účasti ve výzkumu a byly mi zodpovězeny případné dotazy.

Podpis pacienta(ky) _____

Datum: _____