



Samtykkeerklæring til alle deltagere i projektet:

COPL – Copenhagen Pregnancy Loss cohort

VEK Journalnummer H-18024745

Erklæring fra forsøgspersonen:

Jeg opfatter det således, at jeg ved nok om formål, metode, fordele og ulemper til at sige ja til at deltage.

Jeg ved, at det er frivilligt at deltage, og at jeg altid kan trække mit samtykke tilbage uden at miste mine nuværende eller fremtidige rettigheder til behandling.

Jeg er informeret om, at dette er et forskningsprojekt, hvori der indgår omfattende kortlægning af arvematerialet. Jeg er også informeret om, at der i sjældne tilfælde kan blive opdaget ændringer i mine gener, som kan medføre en alvorlig sygdom, der kan forebygges eller behandles. Jeg vil i givet fald blive kontaktet.

Jeg giver samtykke til at deltage i forskningsprojektet og til, at mit biologiske materiale udtages med henblik på opbevaring i en forskningsbiobank. Jeg har fået en kopi af dette samtykkeark samt en kopi af den skriftlige information om projektet til eget brug.

Fulde navn: _____ CPR _____

Partners CPR _____

Telefon: _____

Mail: _____

Ved min underskrift giver jeg tilladelse til:

- at blod og/eller evt. graviditetsvæv udtaget i forbindelse med projektet kan bruges til omfattende forskning i gener (arveanlæg) og andre biologiske faktorer og deres betydning for graviditetstab.
- at der i fremtiden kan indhentes oplysninger fra de journaler og registre, som er anført i deltagerinformationen.
- at jeg i fremtiden kan kontaktes med henblik på eventuel deltagelse i opfølgende undersøgelser.
- at de oplysninger jeg giver ved udfyldelse af spørgeskemaer kan bruges sammen med analyser på mit indsamlede prøvemateriale til forskning i faktorer af betydning for graviditetstab.

Jeg er informeret om, at der ved nogle analyser, f.eks. omfattende kortlægning af gener, er en risiko for tilfældige fund af mutationer, som giver risiko for sygdomme (sæt kun ét kryds):

Jeg ønsker information om tilfældige fund af sundhedsmæssig betydning, hvor der er mulighed for forebyggelse eller behandling.

Jeg ønsker **ikke** information om tilfældige fund.

Dato _____ Underskrift _____

Erklæring fra forsøgsansvarlig/stedfortræder

Lægens/sygeplejerskens navn: _____

Jeg erklærer, at nedenstående forsøgsperson har modtaget mundtlig og skriftlig information om forskningsprojektet. Efter min overbevisning er der givet tilstrækkelig information, herunder om fordele og ulemper, til at træffe et informeret valg.

Dato _____ Underskrift _____