



ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ «COVID19 ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ»

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε την αίτηση με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ
Συμπληρώνεται από τον συμμετέχοντα στην μελέτη:

Όνομα			Επώνυμο		
Φύλο ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ	Ηλικία		Επάγγελμα		
Τόπος κατοικίας			Ταχ. Κώδικας κατοικίας		
Τηλ. Επικοινωνίας			Email		
Είχατε κοντινή επαφή με διαγνωσμένο περιστατικό COVID19? Αν ναι, εξηγήστε με δικά σας λόγια.				ΝΑΙ	ΟΧΙ
Είχατε τους τελευταίους δύο μήνες κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα? Πυρετό $\geq 38^{\circ}\text{C}$, Μυαλγία, Βήχα, Καταρροή, Δύσπνοια, Πονοκέφαλο, Ανοσμία, Διάρροια, Κοιλιακό άλγος Αν ναι, ποιο? Πότε? Εξηγήστε με δικά σας λόγια.				ΝΑΙ	ΟΧΙ
<p>Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει τις πληροφορίες που περιέχονται στο ενημερωτικό έντυπο της μελέτης. Όσες συμπληρωματικές πληροφορίες ζήτησα μου παρασχέθηκαν προφορικά και δεν χρειάζομαι επιπλέον πληροφορίες. Συμφωνώ στη λήψη και αποθήκευση βιολογικού υλικού όπως αναφέρεται στην μελέτη για ερευνητικούς σκοπούς. Συμφωνώ με την πολιτική απορρήτου που είναι στο ενημερωτικό έντυπο και είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα του ΚΕΔΜΟΠ, www.xarisezoi.gr για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων και των δεδομένων υγείας που απαιτούνται για τη διεξαγωγή της μελέτης και τα οποία περιγράφονται στο παρόν Έντυπο Συγκατάθεσης.</p>					
ΥΠΟΓΡΑΦΗ			ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ		

Συμπληρώνεται από τον ενημερωτή:

Ενημερωτής (Όνομα, Μονογραφή):	Οργανισμός:
Μοναδικός αριθμός δείγματος:	Ημερομηνία λήψης υλικού:

(Τα στοιχεία του εντύπου είναι σύμφωνα με τις οδηγίες της WHO περί διενέργειας επιδημιολογικών μελετών COVID19 (WHO/2019-nCoV/Seroepidemiology/2020.1))