INFORMUOTO ASMENS – ATSTOVO - SUTIKIMAS DALYVAUTI BIOBANKO VEIKLOJE SU-B4.2

Versija 2.0

PATVIRTINTA

Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto dekano 2025 m. kovo mėn. įsakymu

Vilniaus Universiteto Lietuvos populiacijos ir retųjų ligų Biobankas, veikiantis adresu Žaliųjų ežerų g. 2, Vilnius (toliau - "**Biobankas**") – Vilniaus universiteto *padalinys,* turintis licenciją vykdyti Biobanko veiklą pagal Lietuvos Respublikos teisės aktus, taip pat tvarkyti asmens sveikatos duomenis ir (ar) žmogaus biologinius ėminius (toliau – "**ėminiai**").

Mes (aš), _____,
(vardas, pavardė, asmens kodas, ryšys su atstovaujamu asmeniu)

ir _____,
(vardas, pavardė, asmens kodas, ryšys su atstovaujamu asmeniu)

Atstovaujantis (-ys) _____,
(atstovaujamo asmens vardas, pavardė)

pasirašydami šį sutikimą, kartu ir kiekvienas atskirai patvirtiname, kad:

	Taip	Ne
Aš susipažinau ir supratau Biobanko pateiktą informaciją ir suprantu, kad dalyvavimas Biobanko veikloje yra savanoriškas. Aš turėjau galimybę užduoti klausimus ir gavau tenkinančius atsakymus bei supratau, kad bet kada galiu atšaukti savo sutikimą, nenurodydamas priežasčių ir motyvų.	☐	☐
Suteikiu teisę Biobankui šiame sutikime nurodytais tikslais tvarkyti mano vaiko (įvaikio) / globotinio (rūpintinio) asmens duomenis (įskaitant, bet neapsiribojant: pseudonimizuotus (nuasmenintus) fizinės ir psichinės sveikatos duomenis, informaciją apie aplinkos, gyvensenos ir kt. rizikos veiksnius, genetinius duomenis, susijusius su paveldėtomis ar įgytomis genetinėmis savybėmis, suteikiančiomis unikalios informacijos apie mano fiziologiją ar sveikatą); rinkti mano vaiko (įvaikio) /globotinio (rūpintinio) sveikatos duomenis iš sveikatos priežiūros įstaigų medicininių įrašų (ligos istorijų), Valstybės duomenų agentūros, Lietuvos Respublikos profesinių ligų valstybės registro, Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro, Kraujo donorų registro, Lietuvos negimininingų kaulų čiulpų donorų registro, Gyventojų registro, Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos, Vaikų sveikatos stebėsenos informacinių sistemų, Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos, kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ligos istorijų, kitų registrų ir (ar) valstybės informacinių sistemų, taip pat kitų viešai prieinamų šaltinių.	☐	☐
Sutinku, kad Biobankas tvarkytų mano vaiko (įvaikio) /globotinio (rūpintinio) ėminius (pvz., kraujo, plazmos, serumo, audinių, kaulų čiulpų, odos, ląstelių, plaukų, nagų, šlapimo, seilių, audinių/biopsijos medžiagos, likusios po diagnostinių ar gydymo procedūrų) šiame sutikime nurodytais tikslais.	☐	☐

	Taip	Ne
Sutinku, kad mano vaiko (įvaikio) /globotinio (rūpintinio) pseudonimizuoti sveikatos duomenys būtų perduoti už Europos Ekonominės Erdvės (EEE) ribų mokslinių tyrimų veiklą vykdančiomis institucijoms, biomedicininių tyrimų užsakovams ar tyrėjams, jų įgaliotiems asmenims , laikantis mokslinių tyrimų veiklą reglamentuojančių nacionalinių ir ES teisės aktų ir tik jei šie laikosi ES duomenų apsaugos reikalavimų (BDAR, EHDS) ir užtikrina tinkamas apsaugos priemones.	☐	☐
Sutinku, kad Biobankas susisiektų su manimi el. paštu ar telefonu, jei tyrimų metu būtų rasta svarbios informacijos apie mano sveikatą, ir, esant reikalui, perduotų informaciją mano šeimos gydytojui.	☐	☐
Sutinku, kad Biobankas šiame sutikime nurodytais tikslais pakartotinai susisiektų su manimi ateityje el. paštu ir (ar) telefonu.	☐	☐

Pasirašydamas šį sutikimą aš patvirtinu, kad **suteikiu teisę Biobankui** tvarkyti mano vaiko (įvaikio) / globotinio/ (rūpintinio) ėminius ir asmens duomenis **toliau nurodytais tikslais**:

- biomedicininių tyrimų vykdymas Lietuvoje ir užsienio valstybėse;
- ėminių ir (ar) sveikatos duomenų teikimas biomedicininio tyrimo užsakovui, pagrindiniam tyrėjui ar jų įgaliotiems atstovams, kuriems išduotas leidimas atlikti biomedicininį tyrimą;
- ėminių ir (ar) sveikatos duomenų teikimas Lietuvos, kitų ES valstybių ar trečiųjų šalių biobankams, biomedicininių tyrimų užsakovams ar tyrėjams, jų įgaliotiems asmenims;
- Biobanke saugomų ėminių kokybės ir tinkamumo būsimiems biomedicininiams tyrimams tikrinimas ir gerinimas;
- Biobanko veiklos efektyvinimas bei procesų tobulinimas.

Šis sutikimas yra neterminuotas. Jei Jums kils klausimų arba norėsite atšaukti šį sutikimą, kreipkitės į Biobanką el. p. biobank@mf.vu.lt arba telefono numeriu, nurodytu Biobanko interneto svetainėje biobankas.mf.vu.lt.

Daugiau informacijos apie biomedicininius tyrimus ir Biobanko veiklos reguliavimą galite gauti kreipdamiesi į lbek@bioetika.sam.lt. Jei turėsite klausimų apie duomenų tvarkymą, susisiekite su mūsų duomenų apsaugos specialistu el. paštu ada.biobank@mf.vu.lt.

PILDO ATSTOVAUJANTYSIS/ABU TĖVAI (ĮTĖVIAI), GLOBĖJAI (RŪPINTOJAI):

Pasirašydamas šį sutikimą patvirtinu, kad sutinku, jog Biobankas tvarkytų mano vaiko (įvaikio) **/ globotinio (rūpintinio) ėminius ir (ar) sveikatos duomenis šiame sutikime nurodyta apimtimi ir tikslais.**

Biobanko dalyvis _____

(vardas, pavardė)

Biobanko dalyvio atstovas, atstovavimo pagrindas _____

(vardas, pavardė, atstovavimo pagrindas) (parašas) (data)

El. paštas _____

Telefono nr. _____

Biobanko dalyvio atstovas, atstovavimo pagrindas _____
(vardas, pavardė, atstovavimo pagrindas) (parašas) (data)

El. paštas _____

Telefono nr. _____

	Taip	Ne
Šį sutikimą norėčiau gauti nurodytu el. pašto adresu. Patvirtinu, kad mano pateiktas el. pašto adresas yra teisingas ir man yra žinoma, kad Biobankas neprisiima atsakomybės už visą ir bet kokią žalą, kuri gali kilti persiunčiant šio sutikimo turinį nurodytu el. pašto adresu. Visa atsakomybė dėl žalos, kuri gali atsirasti siunčiant duomenis nurodytu el. pašto adresu, tenka išimtinai tik el. pašto adresą nurodžiusiam asmeniui.	☐	☐

Asmuo, priėmęs sutikimą:

_____
(vardas, pavardė, pareigos, data, parašas)