



## Lietuvos populiacijos ir retųjų ligų biobankas

Forma SU-B4.2  
PATVIRTINTA  
Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto dekanas  
2025 m. kovo 3 mėn. įsakymu (1.1 E) 150000-DV-45

### INFORMUOTO ASMENS – ATSTOVO – SUTIKIMAS DALYVAUTI BIOBANKO VEIKLOJE

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 atstovaujama asmeniu)

ir \_\_\_\_\_  
(vardas, pavardė, asmens kodas, ryšys su atstovaujama asmeniu)

Atstovaujantis (-ys) \_\_\_\_\_  
(atstovaujamo asmens vardas, pavardė)

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

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, nurodęs priežastis ir motyvus.

Taip Ne

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, gyvenimo 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 negiminingų 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.

Taip Ne

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 vykdančioms institucijoms, biomedicininėms 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.

Taip Ne

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.

Taip Ne

Sutinku, kad Biobankas šiame sutikime nurodytais tikslais pakartotinai susisiektų su manimi ateityje el. paštu ir (ar) telefonu.

Taip Ne

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

- biomedicininų 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, biomedicininų tyrimų užsakovams ar tyrėjams, jų įgaliotiems asmenims;
- Biobanke saugomų ėminių kokybės ir tinkamumo būsimiems biomedicininiais 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](mailto:biobank@mf.vu.lt) arba telefono numeriu, nurodytu Biobanko interneto svetainėje [biobankas.mf.vu.lt](http://biobankas.mf.vu.lt).

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

#### **PILDO ATSTOVAUJANTYSIS/ABU TĖVAI (ITĖVIAI), 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.

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.

Taip  Ne

#### **Asmuo, priėmęs sutikimą:**

\_\_\_\_\_ *(vardas, pavardė, pareigos, data, parašas)*