

24D-4 Świadoma zgoda uczestnika badania „Witamina D”

6. Podane przez Panią/Pana dane będą utajnione. Próbką zostanie zakodowana unikalnym numerem, uniemożliwiając identyfikację danych personalnych przez osoby niepowołane.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: jodo@rcnt.pl
9. Pracownicy Biobanku Regionalnego Centrum Naukowo-Technologicznego mogą skontaktować się z Panią/Panem ponownie (telefonicznie lub listownie) w celu uzupełnienia informacji.
10. W każdej chwili może Pani/Pan wycofać swój materiał biologiczny bez podania przyczyny. Wyniki badawcze uzyskane do tego momentu mogą być wykorzystane w celach naukowych.
11. Pobrany materiał biologiczny, w przypadku wyrażenia zgody na nieodpłatne przechowywanie materiału biologicznego, zostanie wykorzystany do realizacji przyszłych badań naukowych.
12. Podane przez Panią/Pana dane będą jedynie znane członkom zespołu badawczego i będą traktowane jako poufne, nie będą przekazywane innym odbiorcom

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis Uczestnika badania)

Uzupełnia pielęgniarka

data pobrania

godzina pobrania

imię i nazwisko osoby pobierającej

miejsce na etykietę

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

DLA OSÓB ODDAJĄCYCH MATERIAŁ BIOLOGICZNY DO BIOBANKU ŚWIĘTOKRZYSKIEGO RCNT W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „Ocena stężenia witaminy D we krwi wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego”

| | |
|---|--|
| Imię i Nazwisko uczestnika badania: | Nr dzienny uczestnika badania (wypełnia RCNT): |
|---|--|

I. Podstawowe dane

| | | | |
|-----------------------------|--|--------------------|--|
| 1. Narodowość (np. polska): | | 2. Wzrost (cm): | |
| 3. PESEL: | | 4. Data urodzenia: | |
| 5. Wiek (lata): | | 6. Waga (kg): | |

II. Pytania ogólne dotyczące stylu życia, stanu zdrowia, diety (zakreślić "X" TAK lub NIE)

| Pytanie | TAK | NIE | W przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o podanie szczegółów |
|--|-----|-----|--|
| 1. Czy aktualnie przyjmuje Pan/i suplementy zawierające witaminy D? | | | TAK, proszę podać nazwę i dawki: |
| 2. Czy przyjmował/a Pan/i suplementy zawierające witaminę D? (np. 2 lata temu, 3 tyg. temu) | | | TAK, to kiedy? (przybliżony czas ostatniej dawki)..... Proszę podać nazwę suplementu..... |
| 3. Czy przyjmuje Pan/i leki przeciwdrgawkowe lub glikokortykosteroidy? | | | TAK, proszę podać nazwę i dawki: |
| 4. Czy aktualnie przyjmuje Pan/i inne leki? | | | TAK, proszę podać nazwę i dawki: |
| 5. Czy latem stosuje Pan/i filtry przeciwsłoneczne? | | | Rzadko <input type="checkbox"/> |
| 6. Czy aktualnie przyjmuje Pan/i suplementy diety z biotyną (na skórę włosy paznokcie), witaminę C, Zemplar (syntetyczna aktywna postać witaminy D)? | | | TAK, proszę podać nazwę i dawki jeśli pamiętasz..... |
| 7. Czy chorował/a Pan/i lub obecnie choruje | | | TAK, choruję na |

24D-5 Kwestionariusz medyczny dla uczestnika badania „Witamina D”

| | | | |
|---|--------------------------|---------------|---|
| na choroby wątroby lub/i nerek ? | | | od lat. |
| 8. Czy w okresie ostatnich 10 lat chorował/a Pan/i lub obecnie choruje na: <ul style="list-style-type: none"> • choroby serca lub układu krążenia? • choroby metaboliczne endokrynologiczne lub choroby uznawane za dziedziczne (np.: cukrzycę, zapalenie tarczycy, hemofilię)? • choroby układu pokarmowego? • choroby układu moczowego? • choroby układu oddechowego? • chorobę nowotworową? | | | TAK , chorowałem/łam na....., od lat. TAK , choruję na od lat. |
| 9. Czy przebywał/a Pan/i w ciągu ostatnich 3 miesięcy w krajach o wysokim nasłonecznieniu? | | | |
| 10. Czy spożywa i jak często Pan/i produkty o wysokiej zawartości kwasów OMEGA-3,6 (np. oleje roślinne, ryby morskie, orzechy włoskie, tran)? | | | TAK , spożywam , razy w tygodniu. |
| 11. Czy prowadzi Pan/i aktywny tryb życia? (Sport, siłownia, basen, rower, bieganie, inne...) | | | Regularnie <input type="checkbox"/> Czasem <input type="checkbox"/> Rzadko <input type="checkbox"/> Wcale <input type="checkbox"/> |
| 12. Czy prowadzi Pan/i raczej „siedzący” tryb życia (np. praca biurowa)? | | | |
| 13. Jak często oddaje Pan/i krew w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa? | | | 3-4 razy w roku <input type="checkbox"/> 2-3 razy w roku <input type="checkbox"/> 1-2 razy w roku <input type="checkbox"/> Mniej niż 1 raz w roku <input type="checkbox"/> Po raz pierwszy <input type="checkbox"/> Nigdy <input type="checkbox"/> |
| 14. Miejsce zamieszkanie (zakreślić prawidłowe) | <input type="checkbox"/> | Miasto | <input type="checkbox"/> Wieś |

Oświadczam, że wyżej podane informacje są kompletne i zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość i data wypełnienia kwestionariusza)

.....
(podpis uczestnika badania)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz prawa krajowego informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalne Centrum Naukowo - Technologiczne z siedzibą: Podzamcze 45, 26 060 Chęciny
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu szczegółowo określonym w Informacji dla Uczestnika badania na podstawie przepisu prawa zgodnie z art.6 ust.1 pkt. a RODO tj. dobrowolnej zgody.
3. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzanych danych.
 - 3.1. Posiada Pani/Pan prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie bez żadnych niekorzystnych następstw odmowy. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
 - 3.2. W każdej chwili może Pani/Pan zażądać zniszczenia materiału biologicznego bez podania przyczyny. Wyniki badawcze uzyskane do tego momentu mogą być wykorzystane w celach naukowych.
4. Pobrany materiał biologiczny, w przypadku wyrażenia zgody na nieodpłatne przechowywanie materiału biologicznego, może zostać wykorzystany do realizacji przyszłych badań naukowych.
5. Odbiorcą zebranych danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas funkcjonowania Biobanku.
8. Podane przez Panią/Pana dane będą pseudonimizowane co oznacza, że próbka zostanie zakodowana unikalnym numerem, uniemożliwiając identyfikację danych personalnych.
9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji badania.
11. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: **iod@rcnt.pl**

.....
(data i podpis)