

اسم البرنامج: برنامج دعم المرضى - Because we care - لأنو منعهم

الجهة الراعية: شركة روتش لبنان ش.م.ف.

اسم الطبيب المعالج:

انا الموقع ادناه (الاسم والشهرة).....

أؤكد بأن طبيبي المعالج قد زودني بجميع المعلومات المطلوبة بشأن هذا البرنامج بما يمكنني من التوقيع على هذا النموذج.

انني اوافق على المشاركة في برنامج دعم المرضى هذا بملء ارادتي واقبل باطلاع شركة ClinServ (فريق ثالث متتدب من قبل الجهة الراعية) على معلوماتي الطبية من أجل تقييم الاهلية.

انني ادرك ان صلاحية هذا الإذن لن تنتهي وانني استطيع ان ألغي هذا الإذن عن طريق إخبار طبيبي المعالج وشركة ClinServ.

يحق لـ Roche Lebanon SARL و/او ClinServ، من دون تحمّل أي مسؤولية ووفقاً لاستنسابها الخاص، ان تقرّر وقف مشاركتي في البرنامج او انهاء البرنامج في اي وقت، وبأنه سوف يتم إعلامي بذلك.

هذا التوقيع يسمح لشركة ClinServ بأن تخزّن وتعالج معلوماتي الطبية المرتبطة بهذا البرنامج. وسوف تتم حماية هذه البيانات الشخصية ضد اي اطلاق غير مرخص كما سيتم الحفاظ على سرّيتها.

انني افهم وأقرّ بأنه، في حال ظهور اي آثار جانبية، يمكن كذلك تزويد راعي البرنامج و/او قواعد البيانات الرسمية، بالبيانات التي تمّ جمعها من اجل الافادة عن الآثار الجانبية و/او اي معلومات اخرى تتعلق بالسلامة.

اسم المريض / الراعي

التاريخ

توقيع المريض/ الراعي

انا، الموقع ادناه، قد شرحت بالكامل استمارة الموافقة المستنيرة هذه للمريض المبيّن اسمه اعلاه

التاريخ

التاريخ

ختم الطبيب

توقيع الطبيب