

DEEP – DEferiprone Evaluation in Paediatrics

Studim klinik DEEP-2

Numri EudraCT: 2012-000353-31

Studim klinik me qendra të shumëfishta, i randomizuar, i hapur, i kontrolluar, pa inferioritet për të vlerësuar efikasitetin dhe sigurinë e deferipronit në krahasim me deferasiroxin për pacientët pediatrike me një moshe nga 1 muaj deri në më pak se 18 vjeç, të cilët vuajnë nga hemoglobinopatië që kanë nevojë për transfuzione gjaku.

Versioni 2.0

Data e leshimit 30/09/2012

Formular Pranimi



MIRËDITA! A DO T'JU PËRGJIGJESH DISA PYETJEVE PARA SE TË FILLOJMË? DUAM TË JEMI TË SIGURTË SE GJITHSHKA ËSHTË E QARTË PËR TY.

ËSHTË SHUMË E LEHTË: DO TË VENDOSËSH NJË KRYQ MBI PËRGJIGJET!

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) A i kuptove ato që të shpjegoi doktori dhe për çfarë nevojitet ky kërkim? | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo |
| 2) A e kuptove se do të pish një shurup ose tableta që shkrihen me ujë për të ulur sasinë e hekurit në gjak? | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo |
| 3) A e kuptove se do të vish në spital për të dhënë pak gjak dhe të bësh vizitë në ditët që do të thotë mjeku? | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo |
| 4) Nëse ke ndonjë pyetje apo dyshim, e di që mund ti bësh mjekut sa pyetje të duash? | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo |
| 5) Duke pirë shurupin ose tabletat, e di se mund të kesh shqetësime? | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo |
| 6) Nëse do të kesh shqetësime, e di se duhet të lajmërosh prindërit dhe mjekun? | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo |
| 7) E di se nëse nuk do të dëshirosh më të marrësh pjesë në këtë kërkim, mund të ndryshosh mendje kur të duash dhe se mjeku jot do të vazhdojë të të kuroje si më parë? | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo |
| 8) A dëshiron të marrësh pjesë në këtë kërkim? | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo |

Firma e fëmijës:

Emër mbiemër (me gërma të mëdha):

Data:

Firma e mjekut:

Emër mbiemër (me gërma të mëdha):

Data:

PËR FËMIJËT NË MOSHË PARASHKOLLORE OSE QË NUK KANË MUNDËSI TË FIRMOSIN

Nëse dëshiron të marrësh pjesë në këtë kërkim, vendos një kryq në kuti.



DEKLARATË E DËSHMITARIT

Deklaroj se i mituri ishte i pranishëm në leximin e pyetjeve të këtij dokumenti dhe se u përgjigj pozitivisht. Të miturit iu dha mundësia të bëjë pyetje në lidhje me hetimin dhe të shprehë dyshimet e veta të cilat iu sqaruan. Deklaroj së fundmi se i mituri pranoi të marrë pjesë në hetim. Unë i nënshkruari deklaroj se nuk kam asnjë konflikt interesi të tanishëm ose të mundshëm në të ardhmen nga roli im si dëshmitar në këtë studim.

Firma e dëshmitarit:

Emër mbiemër (me gërma të mëdha):

Data:

DEKLARATA E MJEKUT

Deklaroj se lexova formularin e pranimit me të miturin të pranishëm dhe se ai pati mundësinë të bëjë pyetje në lidhje me kërkimin. Deklaroj gjithashtu se i mituri pranoi të marrë pjesë me vullnet të lirë dhe pa asnjë detyrim të asnjë lloji.

Firma e mjekut:

Emër mbiemër (me gërma të mëdha):

Data: