



UNIVERZITA KARLOVA
3. lékařská fakulta

Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D.

Předseda etické komise pro posuzování výzkumných projektů 3. lékařské fakulty
v Praze

Věc: *Žádost o vyjádření etické komise 3. lékařské fakulty k tématu a studii
bakalářské práce*

13.1.2024

Vážený pane doktore,

Prosím Vás o vydání stanoviska etické komise k tématu a studii bakalářské práce na
téma „*Vliv fyzioterapie na bolest a stabilitu kolen u basketbalistů do 21 let po úrazech
kolene: randomizovaná kontrolovaná studie*“.

S poděkováním
Marek Lavička

INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA STUDIE

Vliv fyzioterapie na bolest a stabilitu kolen u basketbalistů do 21 let po úrazech kolene: randomizovaná kontrolovaná studie

Průběh a popis studie

Jedná se o studii, v rámci níž účastníci podstoupí vstupní vyšetření od studenta fyzioterapie zahrnující anamnézu, kineziologický rozbor a další klinické vyšetření.

Ve studii budou zaznamenávány některé demografické údaje (váha, výška, věk) a data vztahující se k onemocnění (délka trvání, příčina úrazu, předchozí rehabilitace). Na hodnocení funkce kolenního kloubu budou použity specifické testy.

Tato vyšetření budou prováděna studentem fyzioterapie celkem třikrát s odstupem 14 dnů a budou trvat maximálně 60 minut. V případě potřeby budou dělány přestávky a vyšetření bude přizpůsobeno Vaší fyzické a psychické kondici. Pacient bude dále cvičit doma sám dle instrukcí fyzioterapeuta.

Já, níže uvedený, dávám souhlas k účasti ve studii s názvem:

Vliv fyzioterapie na bolest a stabilitu kolen u basketbalistů do 21 let po úrazech kolene: randomizovaná kontrolovaná studie

Jméno:

Rodné číslo:

Identifikační kód.....

1. Zcela dobrovolně souhlasím s účastí v této studii.
2. Byl(a) jsem plně informován(a) o účelu této studie, o procedurách s ní souvisejících a o tom, co se ode mě očekává. Měl(a) jsem možnost položit jakýkoliv dotaz, týkající se použité metody i účelu této studie a potvrzuji, že všechny mé dotazy byly zodpovězeny.
3. Souhlasím, že budu plně spolupracovat s lékaři studie a budu je ihned informovat, pokud se objeví změny mého zdravotního stavu nebo nečekané či neobvyklé projevy.
4. Víím, že mohu kdykoli svobodně ze studie odstoupit, aniž by to mělo vliv na kvalitu mého dalšího léčení.
5. Chápu, že informace v mé zdravotnické dokumentaci jsou významné pro vyhodnocení výsledků studie. Souhlasím s využitím těchto informací s vědomím, že bude zachována důvěrnost těchto informací.

Koordinátor studie: MUDr. et BC. Jiří Běhounek

Email: jiri.behounek@lf3.cuni.cz (Klinika revmatologie a rehabilitace 3. LF UK a FTN)

Jméno pacienta:

Datum:

Podpis pacienta:

Já, níže podepsaný (klinický pracovník), tímto prohlašuji, že jsem dle mého nejlepšího vědomí vysvětlil/a cíle, postupy, výhody a rovněž také rizika a diskomfort vyplývající z této studie účastníku této studie nebo jeho zákonnému zástupci (jméno a příjmení).....

Účastník poskytl svůj informovaný souhlas k účasti ve studii. Kopie informovaného souhlasu bude dobrovolníkovi poskytnuta.

Datum:

Podpis výzkumného pracovníka: