სარეგისტრაციო ფორმა:

საქართველოს კარდიოქირურგთა ასოციაციის მოზრდილთა კარდიოქირურგიის რეგისტრი - „სმკრ“.

გულ-მკერდის ქირურგიის ცენტრი.

ვადასტურებ, რომ წავიკითხე და ვეთანხმები მოზრდილთა კარდიოქირურგიული ოპერაციების მონაცემთა ბაზის დამფუძნებელ წესდების დებულებებს, კერძოდ ვადასტურებ რომ:

* ვიცი, რომ მოზრდილთა კარდიოქირურგიული ოპერაციების მონაცემთა ბაზაში (“სმკრ“- ში) ჩაწერილი კრებითი ინფორმაცია პაციენტების მახასიათებლებით და ქირურგიული პროცედურებით გამოყენებულ იქნება დეტალების დასაზუსტებლად და გასავრცელებლად;
* ვიცი, რომ გარდა ამისა, “სმკრ“- ის შინაარსი ხელმისაწვდომი გახდება კვლევის მიზნებისთვის;
* ვიცი, რომ ჩემი პასუხისმგებლობაა, რომ წარმოდგენილი ინფორმაცია იყოს ზუსტი, სრული და უტყუარი;
* ვიცი, რომ ჩემი პასუხისმგებლობაა, დავიცვა ადგილობრივად მოქმედი ნებისმიერი კანონები და პროცედურები;
* ვიცი, რომ ჩემი პასუხისმგებლობაა, დავარეგისტრირო პროექტი ინსტიტუციური და / ან ადგილობრივი ეთიკის მიხედვით, აუდიტის ან კვლევის კომიტეტის დასკვნის შესაბამისად;
* მე ვარ სათანადოდ უფლებამოსილი შესაბამისი მონაწილის მიერ, რათა წარვადგინო მონაცემები “სმკრ“- ში;
* მე მესმის, რომ მონაცემთა ბაზა არ შეიცავს სპეციფიკურ მონაცემებს კონკრეტული ქირურგის შესახებ და რომ საქართველოს კარდიოქირურგთა ასოციაცია მომავალშიც აპირებს რომ ასე დარჩეს. თუმცა ასევე ვიცი, რომ უსაფრთხოების არც ერთი სისტემა არ არის უტყუარი და არის თეორიული შესაძლებლობა იმისა, რომ გარე ფაქტორების (მაგ. „ჰაკერების“) ზემოქმედების შედეგად გამოვლინდეს იდენტიფიცირებადი ქირურგების შედეგები;
* ვიცი იმ უსაფრთხოების პოლიტიკის შესახებ, რომელიც ამჟამად მოქმედებს “სმკრ“ - ის დასაცავად (დამფუძნებელთა წესდება დანართი #2) და რომ მონაცემთა ბაზის მენეჯერების მიერ, უსაფრთხოების გაძლიერების მიზნით, შესაძლოა ეს შეიცვალოს დროთა განმავლობაში;
* ვადასტურებ, რომ წარმოდგენილი ინფორმაცია ეხება მხოლოდ იმ ქირურგებს, რომლებიც ინფორმირებული არიან და თანხმდებიან იმ შესაძლებლობას, რომ რეგისტრში არსებულ მონაცემებს შესაძლოა დროდადრო ქონდეს დაშვება იდენტიფიცირებადი ქირურგების ქირურგიული შედეგებზე;

|  |  |
| --- | --- |
| უფლებამოსილი პირის ხელმოწერა: |  |
| თარიღი: |  |
| ხელმომწერის სახელი და გვარი: |  |
| სამსახურის დასახელება: |  |
| ელექტრონული ფოსტის მისამართი: |  |
| ცენტრის დასახელება: | |
| სახელი: |  |
| მისამართი: |  |
| ქვეყანა / ქალაქი |  |