**ZGŁOSZENIE UCZESTNIKA/CZKI DO UDZIAŁU W BADANIU biologicznym z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego (MRI) w ramach projektu pn. *Nowej generacji środki regulujące apetyt – użyteczne w opiece długoterminowej oraz kontroli masy ciała***

**Umowa o dofinansowanie nr LIDER/48/0191/L-11/19/NCBR/2020**

**Badanie MRI** – jednorazowe badanie rezonansem magnetycznym w trakcie ekspozycji na środek zapachowy.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIA ORGANIZATOR/KOMISJA REKRUTACYJNA** | | | | Uwagi: |
| 1. | Data przyjęcia zgłoszenia |  | |  |
| 2. | Godzina przyjęcia zgłoszenia |  | |
| 3. | BMI |  | |
| 4. | **Decyzja Komisji - kwalifikacja do badań** | Tak | Nie |
| 5. | **Data i godzina badania MRI** |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KI.** Proszę o uzupełnienie | | | |
| **I** | **Dane ogólne** | | |
| 1. | Imię |  | |
| 2. | Nazwisko |  | |
| 3. | Adres e-mail |  | |
| 4. | Numer telefonu |  | |
| 5. | Data urodzenia: dzień/miesiąc/rok |  | |
| 6. | PESEL |  | |
| 7. | Masa ciała [kg] |  | |
| 8. | Wzrost [m] |  | |
| 9. | Dieta | Tak | Nie |
| Jeśli tak, to proszę podać jaka? |  | |
| 10. | Zamieszkanie w rejonie Europy Środkowej od co najmniej 5 lat | Tak | Nie |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KWESTIONARIUSZ PRZED BADANIEM MRI.** Prawidłową odpowiedź prosimy zakreślić. | | | | |
| **II** | **Ogólne dane medyczne przed wykonaniem badania MRI** | Tak | | Nie |
|  | Jeśli tak, to proszę podać jakie? | **……………………………………………………………………………………………………** | | |
| 1. | Czy ma Pan/Pani problemy z węchem/z wyczuwaniem zapachów? | Tak | | Nie |
| 2. | Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię? | Tak | | Nie |
| 3. | Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele: |  | |  |
| * rozrusznik serca? | Tak | | Nie |
| * sztuczne zastawki serca? | Tak | | Nie |
| * wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe? | Tak | | Nie |
| * zastawki komorowe lub rdzeniowe? | Tak | | Nie |
| * neurostymulatory? | Tak | | Nie |
| * implant słuchowy? | Tak | | Nie |
| * metalowe opiłki (szczególnie w gałce ocznej)? | Tak | | Nie |
| * metalowe stabilizacje ortopedyczne i protezy stawów? | Tak | | Nie |
| * metalowe elementy stomatologiczne? | Tak | | Nie |
| * metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) | Tak | | Nie |
| * metalowe szwy chirurgiczne? | Tak | | Nie |
| * pompy lekowe (np. insulinowe)? | Tak | | Nie |
| * Jakiekolwiek wszczepione elementy metalowe lub inne wykonane z nieznanego materiału? | Tak | | Nie |
| Jeśli Tak, proszę podać jakie? | **……………………………………………………………………………………………………** | | |
| 4. | Czy miał Pan/ miała Pani wykonywane zabiegi operacyjne? | Tak | | Nie |
| **III** | **Dane medyczne dotyczące kobiet:** |  | | |
| 1. | Czy jest Pani lub podejrzewa ,że może być w ciąży? | Tak | | Nie |
| 2. | Czy karmi Pani piersią? | Tak | | Nie |
| 3. | Czy posiada Pani w swoim ciele metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)? | Tak | | Nie |
| **IV** | **Pozostałe dane medyczne** |  |  | |
| 1. | Czy miał Pan/miała Pani wykonany rezonans magnetyczny? | Tak | Nie | |
| 2. | Czy miał Pan/miała Pani wykonywane jakiekolwiek operacje? | Tak | Nie | |
| Jeśli Tak, proszę podać jakie? | **……………………………………………………………………………………………………** | | |
| 3. | Czy były kiedykolwiek reakcje uczuleniowe na leki lub pokarmy? | Tak | Nie | |
| Jeśli Tak, proszę podać jakie? | **……………………………………………………………………………………………………** | | |
| 4. | Proszę potwierdzić lub wykluczyć występowanie poniższych chorób: | Tak | | Nie |
| * choroby układu nerwowego (np. udar, padaczka)? | Tak | | Nie |
| * choroby nerek (np. niewydolność)? | Tak | | Nie |
| * astmę, POCHP (przewlekłą obturacyjną chorobę płuc)? | Tak | | Nie |
| * przewlekłe choroby górnych dróg oddechowych, choroby zatok? | Tak | | Nie |
| * nadciśnienie tętnicze? | Tak | | Nie |
| * przebyte choroby zakaźne? | Tak | | Nie |
| Jeśli Tak proszę podać jakie? | **……………………………………………………………………………………………………** | | |
| 5. | Czy ma Pan/Pani zaawansowaną, zwyrodnieniową chorobę kręgosłupa (problemy z leżeniem na płasko przez około 1 godzinę)? | Tak | | Nie |
| 6. | Czy występowało/y u Pani/Pana: | Tak | | Nie |
| * nieregularne bicie serca | Tak | | Nie |
| * nagłe utraty przytomności | Tak | | Nie |
| * stany lękowe | Tak | | Nie |

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się Regulamin rekrutacji uczestników/czek do badania biologicznego środków regulujących apetyt z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego MRI w ramach projektu LIDER XI pn. „Nowej generacji środki regulujące apetyt – użyteczne w opiece długoterminowej oraz kontroli masy ciała” i akceptuję wszystkie zawarte w nim warunki.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data, miejsce |  | Czytelnie imię i nazwisko |

1. Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym, oraz że nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia będąc świadomą/ym wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data, miejsce |  | Czytelnie imię i nazwisko |

1. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L. 119.1) 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),  **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych celem rozpatrzenia zgłoszenia do udziału w projekcie pn. *Nowej generacji środki regulujące apetyt – użyteczne w opiece długoterminowej oraz kontroli masy ciała* oraz potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu stanowiącą załącznik do niniejszego formularza**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data, miejsce |  | Czytelnie imię i nazwisko |