**PART I: PAHAYAG NG PAGSANG-AYON PARA SA CASE REPORT**

**Pamagat ng Case Report:**

**Pangunahing Mananaliksik / May-akda:**

**Institusyon:**

**Numero ng Telepono:**

1. **Panimula**

Inaanyayahan ka naming payagan si Dr. <Pangalan ng May-akda> na gamitin ang iyong klinikal na impormasyon at kasaysayang medikal tungkol sa iyong (ilagay ang kondisyon/karamdaman/karanasan) upang makapagsulat ng tinatawag na *case report*.

Ang *case report* ay isang publikasyong medikal na naglalarawan ng kakaiba o natatanging kondisyon, gamutan, o tugon ng isang pasyente sa isang therapy. Layunin nitong maibahagi ang bagong kaalaman mula sa isang karanasan ng pasyente na maaaring maging kapaki-pakinabang sa ibang doktor at miyembro ng pangkalusugang pangkat.

Ang *case report* ay maaaring iharap sa isang kumperensya at/o mailathala (naka-print at/o online). Ipinaliliwanag ng form na ito ang layunin at nilalaman ng *case report*.

Mangyaring basahin itong mabuti bago magpasya, at huwag mag-atubiling magtanong kung may alinlangan.

1. **Layunin ng Case Report**

Layunin ng *case report* na magbigay ng ambag sa kaalaman sa medisina sa pamamagitan ng pagbabahagi ng iyong karanasan upang matuto ang mga doktor, mananaliksik, at mag-aaral.

Ang impormasyong gagamitin ay maaaring kabilang ang: (ilagay ang espesipikong detalye tulad ng larawan o resulta ng X-ray/scan).

1. **Impormasyong Ibabahagi**

Maaaring isama ang iyong kasaysayang medikal, resulta ng laboratoryo at pagsusuri, at mga paraan ng gamutan. Anumang larawan, imahen, o resulta ay hindi maglalaman ng iyong pangalan o tuwirang pagkakakilanlan.

1. **Pagkapribado at Kumpidensyalidad**
* Ang iyong personal na datos ay pangangalagaan alinsunod sa Data Privacy Act of 2012 (RA 10173) at mga kaukulang alituntunin.
* Walang personal na tagatukoy (tulad ng pangalan, tirahan, o eksaktong petsa ng kapanganakan) na isasama sa ulat.
* Gagawin ang lahat ng paraan upang mapanatili ang iyong privacy. Gayunman, kung ang iyong kaso ay napakabihira, may maliit na posibilidad na makilala ka.
* Ang mga larawang klinikal (kung mayroon man) ay tatanggalan ng pagkakakilanlan, ngunit maaaring may kaunti pa ring tsansa na makilala ka ng pamilyar sa iyong kondisyon.
* Ang mga rekord ay itatago nang ligtas, tanging ang research team lamang ang may access, at sisirain ayon sa polisiya ng institusyon.
* Obligado si Dr. <Pangalan ng May-akda> na protektahan ang iyong pagkakakilanlan at hindi isiwalat ang personal na impormasyon tungkol sa iyo.
* Kapag nailathala o naipresenta ang case report, mananatiling hindi makikilala ang iyong pagkatao.
1. **Kusang-loob na Paglahok**Boluntaryo ang pagbibigay ng pahintulot. Maaari mong bawiin ang iyong pagsang-ayon anumang oras bago mailathala ang case report, nang walang epekto sa iyong gamutan.
2. **Panganib at Benepisyo**
* Walang direktang panganib o direktang benepisyong medikal sa iyo.
* Hindi ka direktang makikinabang mula sa case report.
* Ang benepisyo ay higit na panlipunan: maaaring makatulong ang iyong kaso upang mapabuti ang kaalaman sa medisina at pangangalagang pangkalusugan sa hinaharap.
1. **Kompensasyon**
You will not receive any financial compensation for participating in this case report, as it does not involve additional procedures or costs beyond your standard medical care.
2. **Consent for Images (if applicable):**

|  |
| --- |
|[ ]  Pumapayag ako na maisama ang mga larawang klinikal (tulad ng litrato, scan, o resulta ng laboratoryo) sa *case report*, basta’t mapanatili ang aking pagkakakilanlan. |
|[ ]  Hindi ako pumapayag na gamitin ang aking mga imahe. |

1. **Pahintulot sa Paglalathala**Sa pagpirma ng form na ito, pumapayag akong gamitin ang aking hindi nakikilalang impormasyon medikal (clinical details, diagnostic results, at larawan) para sa publikasyon sa mga journal medikal o presentasyon.
2. **Impormasyon para sa Pakikipag-ugnayan**

Kung may katanungan ka tungkol sa iyong paglahok, maaari mong kontakin ang may-akda ng case report:

Pangalan ng May-akda:

Telepono:

Email:

Kung may katanungan ka tungkol sa iyong mga karapatan bilang kalahok, maaari kang makipag-ugnayan kay:

**DR. JOSEPHINE M. LUMITAO**

Tagapangulo

UST Hospital - Research Ethics Committee

6/F St. John Macias O.P. Building (formerly Clinical Division Building) UST Hospital

Telepono/Email: 8731-3001 local 2610 / **usthrec@gmail.com**

**PART II: SERTIPIKO NG PAHAYAG NG PAGSANG-AYON**

**Pamagat ng Case Report:**

Sa pagpirma sa form na ito, pinatutunayan ko na:

|  |
| --- |
|[ ]  Nabasa ko at naintindihan ang *informed consent* tungkol sa *case report*. Naipaliwanag ito nang buo at nasagot ang lahat ng aking tanong. |
|[ ]  Naipaliwanag sa akin ang mga panganib at benepisyo ng paggamit ng aking impormasyon sa *case report*. |
|[ ]  Alam kong maaari akong tumanggi o bawiin ang pahintulot anumang oras. |
|[ ]  Pinahihintulutan ko ang paggamit ng aking personal na impormasyong pangkalusugan (medical record) ayon sa nakasaad sa form. |
|[ ]  Kusang-loob akong pumapayag na lumahok at gamitin ang aking medikal na rekord para sa layunin ng case report. |
|[ ]  Naiintindihan kong ang *case report* ay ilalathala nang hindi isinasama ang aking pangalan. Alam ko ring gagawin ng mananaliksik ang lahat upang mapanatili ang aking anonymity, subalit hindi ganap na maipapangako ang lubos na anonymity. |
|[ ]  Nakakuha ako ng kopya ng *Participant Information Sheet and Consent Form* para sa aking sariling talaan. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pasyente / Kinatawan Date

Lagda

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mananaliksik / May-akda Date

Lagda

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Saksi Date

Lagda