

Информированное добровольное согласие
на проведение замера ЭЭГ в консультационных целях

Настоящим я, _____,
(Ф.И.О. законного представителя полностью)
проживающий(ая) по адресу: _____,
(адрес места жительства)
паспорт серии _____ N _____, выдан " _____ " _____ г.

_____ (кем выдан паспорт)
дата рождения _____,
(дата рождения законного представителя)
являясь законным представителем несовершеннолетнего

_____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего полностью)
проживающего(ей) по адресу: _____,
(адрес места жительства несовершеннолетнего)
паспорт (свидетельство о рождении) серии _____ N _____, выдан " _____ " _____ г.

_____ (кем выдан паспорт (свидетельство о рождении) несовершеннолетнего)
дата рождения _____,
(дата рождения несовершеннолетнего)

(далее по тексту - «Несовершеннолетний» или «Тестируемый»)

Даю Акционерному обществу «Нейрореволюция» (ОГРН 1237700501268), 105082, город Москва, Бакунинская ул, д. 73 стр. 2) (далее по тексту - «Общество») добровольное информированное согласие на проведение исследования методом ЭЭГ (электроэнцефалографии) функционального состояния головного мозга Несовершеннолетнего.

Мне разъяснено, что:

2.1. В ходе Тестирования проводится регистрация биоэлектрической активности мозга (ЭЭГ) и изменений кровенаполнения сосудов (ФПГ) с помощью портативного устройства Neiry Headband.

2.2. На голову Тестируемого надевается специальное устройство для регистрации сигналов.

2.3. Тестирование включает состояние покоя и выполнение компьютерных тестов, требующих когнитивной нагрузки и внимания.

2.4. Тестирование может проводиться на совершеннолетних и несовершеннолетних Тестируемых.

2.5. Тестирование включает одну сессию продолжительностью до 60 минут.

2.6. По итогам Тестирования программа "Brainy" анализирует полученные нейрофизиологические данные в сочетании с результатами выполненных тестов и формирует отчет о том, как себя ощущал Тестируемый во время тестирования с точки зрения напряжения, усталости, концентрации внимания и т.д. По итогам Тестирования Тестируемый получает расшифрованное заключение (в устной или письменной форме) по вопросам профорientации.

2.7. Тестирование не имеет противопоказаний и не представляет опасности для здоровья Тестируемого.

2.8. Тестирование проводится в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Я подтверждаю, что:

3.1. Я являюсь законным представителем Несовершеннолетнего.

3.2. Я полностью понимаю и осознаю информацию, предоставленную мне.

3.3. Тестируемый достиг 14-летнего возраста. Выспался и пребывает в отдохнувшем состоянии;

3.4. Тестируемый не страдает расстройствами аутистического спектра, эпилепсией или другими заболеваниями головного мозга;

3.5. Тестируемый не принимает гормональные или психотропные препараты (стимулирующие, снотворные, транквилизаторы, миорелаксанты, и пр.);

3.6. Тестируемый не переносил черепно-мозговые травмы;

3.7. Тестируемый не пил кофе или энергетики, не принимал алкоголь, никотин или другие наркотические вещества в течение 2 часов до исследования;

3.8. Тестируемый женского пола, не достигший возраста 18 лет.

4. Безопасность и добровольность участия:

Тестирование не имеет противопоказаний и не представляет опасности для здоровья. Ношение устройства на голове может создавать небольшой дискомфорт, о котором важно сообщить специалисту при проведении Тестирования. Тестируемый имеет право отказаться от участия в Тестировании в любой момент без объяснения причин. В случае, если Тестируемый отказывается продолжать участие в Тестировании, все собранные с его/ее участием данные будут удалены.

5. Конфиденциальность:

Я даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных Несовершеннолетнего в рамках проведения тестирования. При проведении тестирования принимаются все необходимые меры для защиты персональных данных Несовершеннолетнего от неправомерного или случайного доступа, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий. Вы можете в любой момент отозвать свое согласие на обработку персональных данных, направив письменное уведомление Обществу. Вся информация, полученная во время исследования, является строго конфиденциальной, а имя и фамилия и иные персональные данные Тестируемого не будут нигде упомянуты. Все данные, собранные в ходе исследования, будут доступны только исследовательской группе. Экспериментальные данные, полученные в этом исследовании, могут исключительно в анонимной форме быть использованы в целях обучения, представлены на конференциях, опубликованы или использованы в будущих исследованиях. Конфиденциальность будет обеспечена в полной мере в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. Информированное согласие:

6.1. Я прочитал(-а) и понял(-а) информацию, приведенную в данном Информированном согласии.

6.2. У меня была возможность задать вопросы, и на все свои вопросы я получил(-а) исчерпывающие ответы.

6.3. Я добровольно соглашаюсь на участие Несовершеннолетнего в данном исследовании.

6.4. Я не отказываюсь от своих законных прав, подписывая данный документ.

Контактный телефон: _____ E-mail: _____

" _____ " _____ г.

(подпись)

(Ф.И.О.)