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 серия _____ № _____, 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) серия _____ № _____, выдан "____" _____ _____ г.
_____,
(кем выдан паспорт (свидетельство о рождении) несовершеннолетнего)
дата рождения _____,
(дата рождения несовершеннолетнего)
(далее по тексту - «Несовершеннолетний» или «Тестируемый»)
Даю ФГБОУ ВО Белгородский ГАУ (ОГРН 1023100508078, ИНН 3102005412, адрес регистрации: Белгородская область, м.о. Белгородский, п. Майский, ул. Вавилова д. 1) (далее по тексту - «Университет») 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 профориентации.
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;

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 Университету. 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.)