

**Szanowna Pani Doktor,  
Szanowny Panie Doktorze,**

Zapraszamy lekarzy onkologów samodzielnie podejmujących decyzje terapeutyczne, z całego kraju, do udziału w nowym programie edukacyjnym pt. „Edukacja pacjentów na temat objawów ubocznych leczenia rozlanego raka jelita grubego za pomocą inhibitorów receptorów naskórkowego czynnika wzrostu ze szczególnym uwzględnieniem zmian skórnych oraz ryzyka, jakie może za sobą nieść nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich w zakresie pielęgnacji skóry”.

Celem Programu jest szerzenie wiedzy nt. powikłań leczenia za pomocą inhibitorów receptora naskórkowego czynnika wzrostu ze szczególnym uwzględnieniem zmian skórnych, podniesienie świadomości pacjentów na temat roli pielęgnacji skóry w trakcie takiego leczenia oraz potencjalnego ryzyka, jakie niesie za sobą nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich w tym zakresie. Dodatkowo lekarze uzyskają wsparcie w przekazywaniu pacjentom poddawanych terapiom biologicznym informacji na temat leczenia tą metodą, działań niepożądanych oraz sposobu postępowania w razie ich wystąpienia.

Organizatorem programu edukacyjnego jest Medical Communications.

Dla edukatorów, którzy zdecydują się wziąć udział w badaniu przewidziane jest wynagrodzenie. Liczymy na Państwa udział i pomoc w edukacji pacjentów oraz zbieraniu danych.

Koordinator badania  
Małgorzata Pachecka

**Prosimy o podanie danych, które umożliwią nam kontakt z Państwem.**

Imię:.....

Nazwisko: .....

Numer Prawa Wykonywania Zawodu:.....

Miejsce pracy: .....

Poradnia  Oddział szpitalny

Inne:.....

**Dane korespondencyjne**

Adres:.....

Kod pocztowy:.....

Miejscowość:.....

Województwo:.....

Telefon:.....

E-mail:.....

W programie może uczestniczyć lekarz specjalista przy spełnieniu następujących wymagań:

- aktualne prawo wykonywania zawodu
- wypełnienie i podpisanie karty zgłoszenia do programu
- zawarcie umowy zawierającej szczegółowe zasady prowadzenia programu

Ze względu na ograniczoną liczbę badaczy Medical Communications zastrzega sobie prawo włączenia do programu badawczego jedynie wybranych lekarzy spełniających kryteria włączenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w niniejszym zgłoszeniu, w celach marketingowych, oraz do celów realizacji i koordynacji projektów prowadzonych przez Medical Communications Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie (02-903), ul. Powsińska 34. Dane osobowe udostępniam dobrowolnie i oświadczam, że wiadomym mi jest, iż przysługuje mi prawo wglądu w moje dane osobowe i zgłaszania żądania ich poprawienia.

.....  
Data i podpis