



THE RESEARCH AND INNOVATION FOUNDATION PROGRAMMES FOR RESEARCH,  
TECHNOLOGICAL DEVELOPMENT AND INNOVATION  
**RESTART 2016-2020**

Project Title

**Identification of unstable carotid plaques associated with symptoms  
using ultrasonic image analysis and plaque motion analysis**

# AtheroRisk

EXCELLENCE/0421/0292

Deliverable

D.5.1 Clinical Evaluation Guidelines		
No. Workpackage	5	Clinical and System Performance Evaluation
No. Task	5.1	Evaluation Strategy of Platform and Quality control Criteria
Workpackage Leader	Vascular Screening and Diagnostic Center (VSDC)	
Filename	AtheroRisk_D.5.1_Clinical_Evaluation_Guidelines.docx	
Status	Version 1	
Start Date/Duration	1/3/2022 - 31/8/2022	
Delivery Date	31/8/2022	



## Authors List

Leading Author (Editor)				
#	Surname	Initials	Beneficiary Name	Contact email
1	Nicolaides	A	VSDC	anicolaides1@gmail.com
Co- Authors				
#	Surname	Initials	Beneficiary Name	Contact email
1	Kyriacou	E	CUT	efthyvoulos.kyriacou@cut.ac.cy
2	Liapi	G	CUT	gd.liapi@edu.cut.ac.cy

Document History			
Version	Date	Status	Author
V0	2/3/2022	Draft	Nicolaides, Kyriacou
V1	31/8/2022	Version 1	Kyriacou, Liapi

Deliverable type			
Nature of the deliverable	R/Soft	Document, Report/ Software/ Web	R
Dissemination level	CO/pub	Confidential/ Public domain	P

## Executive Summary

---

The scope of this document is to present the proposed 'Clinical Evaluation Guidelines' regarding the new AtheroRisk carotid ultrasound video database, which has been under development, along with the involved partners in the AtheroRisk Consortium. Below, we describe the guidelines followed to acquire reliable CUS videos, accompanied by the appropriate patient information, while respecting patient data privacy, with all corresponding patient- and researcher-targeting written forms included.

---

## Acronyms

Acronym	Definition
<b>ACSRS</b>	The Asymptomatic Carotid Stenosis and Risk of Stroke
<b>AS</b>	Asymptomatic
<b>CUS</b>	Carotid Ultrasound
<b>CUT</b>	Cyprus University of Technology
<b>CYENS</b>	Cyprus Centre of Excellence
<b>DB</b>	Database
<b>PI</b>	Principal Investigator
<b>SY</b>	Symptomatic
<b>VSDC</b>	Vascular Screening and Diagnostic Center

## Table of Contents

Executive Summary.....	3
Acronyms.....	3
1. Introduction.....	6
2. Carotid Ultrasound Imaging Expertise.....	6
2.1 AtheroRisk Data Acquisition Protocol.....	7
2.2 Carotid Ultrasound Equipment and Image Quality.....	8
2.3 Informing experts about the data acquisition protocol.....	8
3. Patient Consent and Information Sheet.....	8
4. AtheroRisk Prospective Database.....	9
5. Conclusions.....	9
6. References.....	10
Appendix I.....	10
Appendix II.....	13
Appendix III.....	13

**Tables**

**Table 1.** AtheroRisk carotid ultrasound video acquisition protocol.....7

**Table 2.** Number and nature of data per patient in the AtheroRisk database.....9

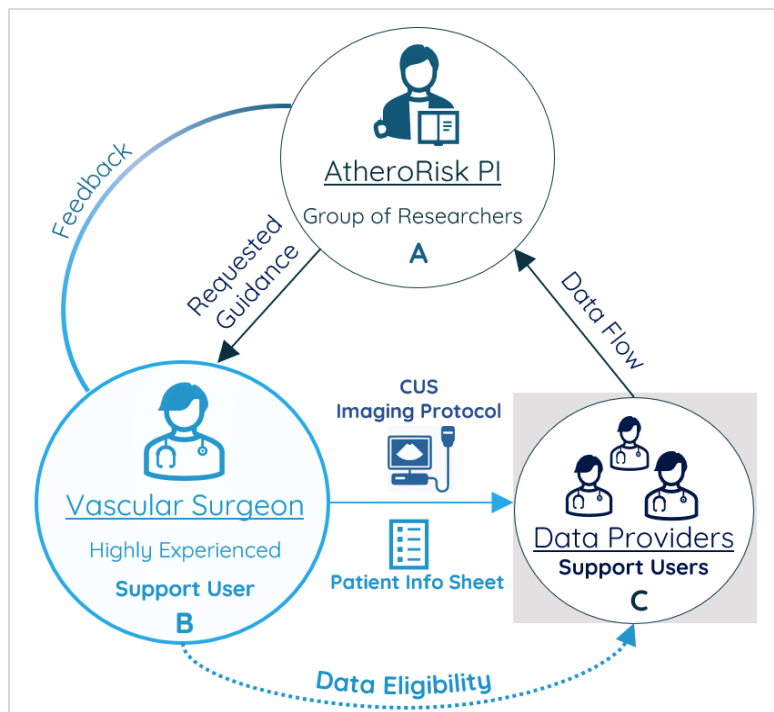
**Figures**

**Figure 1.** AtheroRisk database building workflow.....6

### 1. Introduction

A vital part of the AtheroRisk Project is the development of a prospective carotid ultrasound (CUS) video Database (DB), to accumulate data from patients with Asymptomatic (AS) and Symptomatic (SY) atherosclerotic plaques. Apart from the opportunity to analyze and understand each case per se, the Consortium researchers expect to identify and prevent carotid plaque AS to SY transitioning. This DB will serve as a follow up of the patients who will deliver their consent to participate in the project.

The current document describes the desired DB structure for AtheroRisk, along with the workflow to achieve this, and encloses the following: a. a well-defined protocol with CUS video acquisition guidelines destined for the doctors and cardiologists who participate in the project as data providers, b. a confidentiality agreement document, targeting the AtheroRisk researchers who will utilize and work with the CUS data, c. the patient written consent form, and d. the patient information sheet that should accompany a new patient's CUS video. **Figure 1** depicts the flow of actions required between all the involved parties to achieve reliable new CUS video acquisition to build the DB for AtheroRisk.



**Figure 1.** AtheroRisk database building workflow. A. The PI requests a set of CUS data acquisition guidelines, B. a highly experienced vascular surgeon develops a well-controlled protocol, and C. the data providers involved in the project deliver the new data, along with the patient information and written consent, adhering to the expert's guidelines. CUS: Carotid Ultrasound, Info: Information, PI: Principal Investigator.

### 2. Carotid Ultrasound Imaging Expertise

Multiple researchers in the AtheroRisk Consortium (from VSDC, the Cyprus University of Technology, CUT and the Cyprus Centre of Excellence, CYENS) have been studying

carotid atherosclerosis for at least 15 years, with established collaborations with Professor Andrew Nicolaides, a vascular surgeon and director of the Vascular Screening and Diagnostic Center (VSDC) in Cyprus, who is highly experienced in cardiovascular and carotid atherosclerosis diseases and stroke prevention, has also played a central role in guiding the development of previous CUS image DBs, in terms of data acquisition and quality control, such as the ACSRS [1] DB. Professor Nicolaides is also the active carotid atherosclerosis expert for AtheroRisk, providing guidance, in all levels necessary, to complete a new AtheroRisk prospective DB, expected to reach 160 new CUS patient videos (80 AS and 80 SY).

The relevant processes in this direction are part of Task 5.1 (“Evaluation Strategy of Platform and Quality control Criteria”), in Work Package 5 (WP5), and are explained in the following sections. As Task 5.1 is also subject to the overall project's quality control frame, the certain material described in the Section 1 is also provided in “D1.1 AtheroRisk Quality Assurance Plan”.

## 2.1 AtheroRisk Data Acquisition Protocol

In the context of Task 5.1, Professor Nicolaides and the VSDC medical team of the project have defined, in detail, the clinical evaluation strategy, including the identification and clinical criteria of cases. The evaluation strategy protocols and methodology for collecting data are prescribed, below. **Table 1** tabulates all the steps the AtheroRisk data providers are advised to follow when capturing new CUS videos.

**Table 1.** AtheroRisk carotid ultrasound video acquisition protocol.

Step	Process/Aspect	Guideline
1	Image acquisition range	Acquisition will be on a maximum dynamic range which ensures the greatest possible display of gray scale values and hence texture detail.
2	Persistence and video frame rate	Persistence will be set on low and frame rate on high, ensuring good temporal resolution.
3	Time gain compensation curve (TGC)	The time gain compensation curve (TGC) sloping through the tissues will be positioned vertically through the lumen of the vessel because the ultrasound beam is not attenuated as it passes through blood. This will ensure that the adventitia of the anterior and posterior walls have similar brightness.
4	Gain control	The overall gain will be adjusted to give optimum image quality. This will be achieved by adjustment of the gain control to minimize but not abolish noise. The gain will be turned down such that noise is abolished, and then it will be gradually turned up, until some noise appears in the lumen. This will ensure that the gain will not be reduced too much to lose low-intensity features in the plaque, and that there will be a black area without noise, in the lumen to be used for normalization.
5	Post-processing curve	A linear post-processing curve will be used. In the absence of a linear curve, the one closest to linear will be used.
6	CUS beam and patient position	The ultrasound beam will be at 90 degrees (angle) to the arterial wall.
7	Capturing depth	The minimum depth will be used so that the plaque occupies a large part of the image.

<b>8</b>	<b>Position of the probe</b>	The position of the probe will be adjusted so that adventitia adjacent to the plaque will be clearly visible as a hyperechoic band that can be used for pixel intensity normalization.
----------	------------------------------	--

CUS: Carotid Ultrasound.

The quality of the acquired videos and data is centrally controlled by VSDC. The protocol given above is also applied and tested through the ACSRS study. It will be applied throughout the study by inspection and feedback information (see **Figure 1**) on how to improve the quality of images, initially after the first 3 videos, then after the next 3 videos and subsequently after every 10 videos from each center.

## 2.2 Carotid Ultrasound Equipment and Image Quality

Since the beginning of the project, the Principal Investigator (PI) at CUT in collaboration with the Cyprus American Medical Center (AMC) and the Medical School at the University of Athens (UoA) have established regular interactions, with new CUS patient videos flowing in the AtheroRisk DB. Currently, there have already new 30 CUS videos and image sequences.

It is important to mention that the two Medical Centres involved, provide data in different formats, 'mov' for videos and Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM) for image sequences. In all cases, measures are taken to acquire data such that the video frames per second (fps) will not be lower than 40.

Regarding image acquisition quality, the utilized CUS machines are some of the latest ones in the market, most manufactured after 2013.

## 2.3 Informing experts about the data acquisition protocol

To ensure that the AtheroRisk data providers will strictly adhere to the defined CUS data acquisition protocol, there has been an initial meeting, organized by the PI, where the VSDC team offered a real-time explanation of the guidelines to AtheroRisk data providers that participated, where the latter ones had the opportunity to ask questions and gain a deeper insight in valuable details.

## 3. Patient Consent and Information Sheet

To proceed with the accumulation of new data for the AtheroRisk DB, we first need patients' written consent. The work carried out during the AtheroRisk Project adheres to strict ethical standards in relation to the patient's privacy, confidentiality, and consent. In **Appendix I**, we provide the patient consent form for patients whose data will be utilized in this project. This form is distributed by the Cyprus National Bioethics Committee (CNBC), where the committee informs the individuals, who would agree to participate in a study, about their rights and obligations, for instance: a) in what extent they have been informed about the study in which their health data will be utilized, and b) the participant giving consent is informed that in case they decide to withdraw their consent, their therapeutic process will not be affected.



Undoubtedly, the newly acquired CUS videos alone cannot be of great help if not accompanied by a proper file documenting the patient's health status and other critical information, such as carotid atherosclerosis symptoms or past events, cardiovascular diseases, age and gender, and the number of the cardiac cycles recorder, but also which of the steps in the predefined data acquisition protocol could or could not be completed (mostly because of the patient-originated incapacibilities during video capturing process, such as respiration). The VSDC medical team designed a "Patient Information Sheet" (see **Appendix II**) that data providers should fill in, when capturing a new CUS patient video.

#### 4. AtheroRisk Prospective Database

During the AtheroRisk Project, there has been a proposed number of new CUS videos to be acquired (total 160, 80 AS and 80 SY new cases). The PI in CUT has undertaken the DB development, following anonymization for each patient. Every person in the AtheroRisk project, who will treat patient data has signed a file that was created by the "Data Protection Officer" of Cyprus University of Technology (see **Appendix III**).

To prepare a complete and valuable DB, specific information needs to be extracted (see **Table 2**) for each of the CUS videos. It is expected that with all the possible data available per patient, the researchers in the project will secure more robust stroke risk stratification computational models for the AtheroRisk application.

**Table 2.** Number and nature of data per patient in the AtheroRisk database.

#	Source	Material/Method
1	CUS video or image sequences	Colored video, grayscale video.
2	Patient Information Sheet	Video capturing date, age, gender, blood pressure, past related events, number of cardiac cycles in the video, AS or SY, Medical Centre, Machine Information
3	Cardiac systole- and diastole-related video frames	Extracted by the PI using the methodology described in [2].
4	Carotid plaque area manual annotations	Delivered by the VSCD medical team.

#### 5. Conclusions

The AtheroRisk prospective DB is under development and actively controlled by the VSDC team as planned, while it is expected that the final total number of new videos will surpass the 160 videos.

## 6. References

- [1] A. Nicolaides, M. Sabetai, S. K. Kakkos, S. Dhanjil, *et al.*, "The asymptomatic carotid stenosis and risk of stroke (ACSRS) Study. aims and results of quality control," *Int. Angiol. J. Int. Union Angiol.*, vol. 22, no. 3, pp. 263–272, 2003.
- [2] C. P. Loizou, S. Petroudi, M. Pantziaris, A. N. Nicolaides, and C. S. Pattichis, "An integrated system for the segmentation of atherosclerotic carotid plaque ultrasound video," *IEEE Trans. Ultrason. Ferroelectr. Freq. Control*, vol. 61, no. 1, pp. 86–101, 2014.

## Appendix I

### Patient written consent form

Acronym: Έντυπο ΕΕΒΚ03

<b>ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ</b> <b>για συμμετοχή σε ερευνητικό πρόγραμμα</b> (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από ..... σελίδες) <b>Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε</b>
--

Στο έντυπο αυτό δίνονται εξηγήσεις σε απλή και κατανοητή γλώσσα σχετικά με το τι ζητείται από εσάς ή/και τι θα συμβεί σε εσάς, εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα:

Περιγράφονται οποιοδήποτε κίνδυνοι μπορεί να υπάρξουν ή ταλαιπωρία που τυχόν θα υποστείτε από την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.

Επεξηγείται με κάθε λεπτομέρεια ποιος ή ποιοι θα έχουν πρόσβαση στα δεδομένα που σας αφορούν και θα προκύψουν από το πρόγραμμα που θα συμμετάσχετε ή/και άλλο υλικό/δεδομένα που εθελοντικά θα δώσετε για το πρόγραμμα.

Δίνεται η χρονική περίοδος για την οποία οι υπεύθυνοι του προγράμματος θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και υλικό σας αφορά.

Επεξηγείται το τί ευελπιστούν να μάθουν οι υπεύθυνοι του προγράμματος σαν αποτέλεσμα και της δικής σας συμμετοχής.

Δίνεται μία εκτίμηση για το όφελος που μπορεί να υπάρξει για τους ερευνητές ή/και χρηματοδότες αυτού του προγράμματος.

**Δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιοσδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.**

Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, πρέπει να αναφέρετε εάν είχατε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα έρευνας μέσα στους τελευταίους 12 μήνες.

Εάν αποφασίσετε να μην συμμετάσχετε και είστε ασθενής, η θεραπεία σας δεν θα επηρεαστεί από την απόφασή σας.

**Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε τη συγκατάθεση για την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.**

Εάν είστε ασθενής, η απόφασή σας να αποσύρετε την συγκατάθεση σας, δεν θα έχει οποιοσδήποτε επιπτώσεις στη θεραπεία σας.

Πρέπει όλες οι σελίδες των εντύπων συγκατάθεσης να φέρουν το ονοματεπώνυμο και την υπογραφή σας.

Επιστημονικός υπεύθυνος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε
---

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Χρονική διάρκεια του Προγράμματος:
------------------------------------

Δίδετε συγκατάθεση για τον εαυτό σας ή για κάποιο άλλο άτομο;	
Εάν πιο πάνω απαντήσατε για κάποιον άλλο, τότε δώστε λεπτομέρειες και το όνομα του.	

Ερώτηση	ΝΑΙ ή ΟΧΙ
Συμπληρώσατε τα έντυπα συγκατάθεσης εσείς προσωπικά;	
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο ερευνητικό πρόγραμμα;	

Διαβάσατε και καταλάβετε τις πληροφορίες για ασθενείς ή/και εθελοντές;	
Είχατε την ευκαιρία να ρωτήσετε ερωτήσεις και να συζητήσετε το Πρόγραμμα;	
Δόθηκαν ικανοποιητικές απαντήσεις και εξηγήσεις στα τυχόν ερωτήματά σας;	
Καταλαβαίνετε ότι μπορείτε να αποσυρθείτε από το πρόγραμμα, όποτε θέλετε;	
Καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν είναι αναγκαίο να δώσετε οποιοσδήποτε εξηγήσεις για την απόφαση που πήρατε;	
(Για ασθενείς) καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν θα υπάρξουν επιπτώσεις στην τυχόν θεραπεία που παίρνετε ή που μπορεί να πάρετε μελλοντικά;	
<b>Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα;</b>	
Με ποιόν υπεύθυνο μίλησατε;	

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

.....

Σύντομη περιγραφή του προγράμματος (διαδικασίες και σκοπός).

Λεπτομέρειες του τι θα ζητηθεί ή/και τι θα συμβεί στους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα

Λεπτομέρειες της χρηματοδότησης του ερευνητικού προγράμματος

Λεπτομέρειες οποιονδήποτε κινδύνων που πιθανόν να υπάρξουν ή ταλαιπωρία που τυχόν θα υποστούν οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα.

Λεπτομέρειες για το ποιες πληροφορίες ή/και τι υλικό θα συλλεγεί στα πλαίσια του προγράμματος, ποιος/ποιοι θα έχουν πρόσβαση σε αυτά και για πόσο χρονικό διάστημα.

**ΟΠΟΥ ΙΣΧΥΕΙ, ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΑΠΟΘΗΚΕΥΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:**  
 Παρακαλούμε σημειώστε και υπογράψτε είτε αριστερά είτε δεξιά

Εκτός από τους σκοπούς του παρόντος προγράμματος που θα διαρκέσει ..... χρόνια	Εκτός από τους σκοπούς της παρούσας μελέτης που θα διαρκέσει ..... χρόνια
<b>Αποδέχομαι</b> όπως: <input type="checkbox"/>	<b>Δεν αποδέχομαι</b> όπως: <input type="checkbox"/>
Υπογραφή:	Υπογραφή:

τα βιολογικά μου δείγματα (παραϊακά επιχρίσματα ή σάλιο ή DNA) και γενετικά δεδομένα μου που θα φυλάσσονται στο ..... **να μπορούν να κρατηθούν πέραν των ..... χρόνων και να χρησιμοποιηθούν σε μελλοντικές μελέτες** αφού πρώτα εγκριθεί κάτι τέτοιο από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) μετά από σχετικό αίτημα ανανέωσης προς την ΕΕΒΚ από τον υπεύθυνο ερευνητή του παρόντος προγράμματος. **Καταλαβαίνω ότι θέματα εμπιστευτικότητας θα ισχύουν πάντοτε.**

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Σε περίπτωση που ανακαλυφθούν νέες πληροφορίες που επηρεάζουν άμεσα την υγεία σας θα θέλατε να πληροφορηθείτε;

ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΣΩ ΤΩΡΑ, ΝΑ ΕΡΩΤΗΘΩ ΕΚ ΝΕΟΥ ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΞΕΙ ΑΝΑΓΚΗ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Λεπτομέρειες για το ποια δεδομένα θα προκύψουν για σας στα πλαίσια του προγράμματος και ποιος/ποιοι θα έχουν πρόσβαση σε αυτά και για πόσο χρονικό διάστημα.

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
----------	-------	--------	-------

Υπογραφή:		Ημερομηνία:	
-----------	--	-------------	--

Αναμενόμενο όφελος για τους συμμετέχοντες
---

Αναμενόμενο όφελος για ερευνητές ή/και χρηματοδότες
---

Λεπτομέρειες συνθηκών τερματισμού ή πρόωρης διακοπής του ερευνητικού προγράμματος.
--

Χώρος και χρονική διάρκεια φύλαξης δεδομένων ή/και βιολογικών δειγμάτων που θα ληφθούν στο πλαίσιο του προγράμματος
---

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
----------	-------	--------	-------

Υπογραφή:		Ημερομηνία:	
-----------	--	-------------	--

Περιγραφή διαδικασιών χειρισμού δεδομένων ή/και βιολογικών δειγμάτων συμμετεχόντων που θα αποσυρθούν από τη μελέτη πριν την ολοκλήρωσή της.
---

Πλήρη στοιχεία επικοινωνίας και θέση ατόμου στο οποίο οι συμμετέχοντες μπορούν να υποβάλλουν παράπονα ή καταγγελίες που αφορούν το πρόγραμμα στο οποίο συμμετέχουν.
---

Πλήρη στοιχεία επικοινωνίας και θέση ατόμου στο οποίο οι συμμετέχοντες μπορούν να απευθυνθούν για περισσότερες πληροφορίες ή διευκρινήσεις για το ερευνητικό πρόγραμμα.
---

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
----------	-------	--------	-------

Υπογραφή:		Ημερομηνία:	
-----------	--	-------------	--

## Appendix II

<b><u>ATHERORISK PROJECT</u></b>		
<b>Patient Information Sheet</b>		
<b>MEDICAL CENTER:</b>		
Ultrasound Equipment Used:		
Referring Doctor:		
Date of Scan:		
Patient Name:	Sex:	Date of Birth:
Reason Scan was Requested:	Date of scan:	
Side: Left Carotid <input type="checkbox"/>	Right Carotid <input type="checkbox"/>	
Symptoms:	Stroke <input type="checkbox"/>	TIA <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> Vertebrobasilar <input type="checkbox"/>
Year of above event: [   ] [   ] [   ]		
Other: Coronary artery disease (angina, MI, stent, CABG) <input type="checkbox"/>	AAA <input type="checkbox"/>	Int. Claud <input type="checkbox"/>
Year of above event: [   ] [   ] [   ]		
<b>Asymptomatic:</b>		
Blood Pressure (right arm) at the end of the scan (lying down):		
Video Obtained (15 cardiac cycles) Colour	[   ]	
Video Obtained (15 cardiac cycles) Grayscale	[   ]	
Please attach photocopy of Ultrasound Report (No Images)		
Please email this form and Videos to .....		

## Appendix III

## Confidentiality Agreement

**ΔΗΛΩΣΗ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

<p>Ο/η υπογράφων/ουσα .....</p> <p>με ΑΔΤ....., ως εργαζόμενη/ος, φοιτήτρια/ης</p> <p>στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου και ως έχων/ουσα πρόσβαση σε:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>φυσικό αρχείο</b> του Τμήματος Ηλεκτρολόγων Μηχανικών, Μηχανικών Υπολογιστών και Πληροφορικής/ εργαστήριο Ηλεκτρονικής Υγείας του άνω Οργανισμού και</p> <p><input type="checkbox"/> <b>ηλεκτρονικό αρχείο</b> του Τμήματος του Τμήματος / Εργαστηρίου Ηλεκτρολόγων Μηχανικών, Μηχανικών Υπολογιστών και Πληροφορικής/ εργαστήριο Ηλεκτρονικής Υγείας του άνω Οργανισμού</p>
---

Με την παρούσα δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1. Αναλαμβάνω να τηρώ απόλυτη εχεμύθεια σχετικά με τις πληροφορίες ή υλικό ή προσωπικά δεδομένα που θα περιέλθουν εις γνώση μου στα πλαίσια της επεξεργασίας. Για τη δήλωση αυτή, ως εμπιστευτικό και απόρρητο θεωρείται κάθε στοιχείο, τεχνική πληροφορία, δεδομένα (π.χ. ιατρικά δεδομένα, ιατρικές εικόνες και video υπερήχων, ιατρικές εικόνες MRI, κλινικά δεδομένα που μπορεί να αφορούν ασθενείς, δεδομένα που αφορούν την υπηρεσία ασθενοφόρων, δεδομένα που αφορούν τα τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών) και γενικά όλες οι πληροφορίες που παρέχονται. Η εμπιστευτικότητα της κάθε πληροφορίας δεν επηρεάζεται από το εάν αυτή περιήλθε σε γνώση μου προφορικά, γραπτώς, ηλεκτρονικά ή με οποιονδήποτε άλλο τρόπο.
2. Δεσμεύομαι, ότι θα τηρήσω πλήρη εχεμύθεια και δεν θα δημοσιοποιήσω - αποκαλύψω σε οποιονδήποτε τρίτο τα προσωπικά δεδομένα ή τις πληροφορίες που μου δόθηκαν ή να χρησιμοποιήσω ο ίδιος, στοιχεία που θα περιέλθουν σε γνώση μου ούτε να κοινοποιώ έγγραφα και πληροφορίες των οποίων λαμβάνω γνώση κατά τη διάρκεια της εργοδότησης μου στην εν λόγω Υπηρεσία αλλά ούτε και μετά το τέλος της εργοδότησης μου από αυτή.

Ο/Η υπογράφων/ουσα

Ημερομηνία

.....  
(ονοματεπώνυμο - υπογραφή)

.....