

UNIVERZITETSKI MEDICINSKI CENTAR LOYOLA  
MAYWOOD, ILLINOIS  
SAGLASNOST ZA UČESTVOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Kratki obrazac pisane saglasnosti za subjekte koji ne govore engleski jezik

**Ime i prezime učesnika:** \_\_\_\_\_

**Broj medicinskog kartona:** \_\_\_\_\_

**Broj IRB protokola:** \_\_\_\_\_

Od vas se traži da učestvujete u istraživačkoj studiji.

Prije nego što pristanete, ljekar vam mora objasniti svrhe, procedure i vrijeme trajanja istraživanja; sve procedure koje su eksperimentalne; bilo kakve moguće rizike, neugodnosti i koristi od istraživanja; bilo koju moguću korist od drugih vrsta procedura ili tretmana i na koji način će se informacije čuvati povjerljivim.

Tamo gdje je to primjenjivo, istraživač vas također mora obavijestiti o bilo kojoj dostupnoj kompenzaciji ili medicinskom tretmanu ako dođe do povrede; potencijalnim rizicima; okolnostima u kojima istraživač može prekinuti vaše učestvovanje; bilo kojim dodatnim troškovima koje možete imati; o tome šta se događa ako odlučite prekinuti učestvovanje; o tome kada ćete biti obaviješteni o novim nalazima koji mogu utjecati na vašu spremnost da učestvujete i koliko ljudi će učestvovati u studiji.

Ako pristanete na učestvovanje, mora vam se uručiti potpisana kopija ovog dokumenta i pisani sažetak istraživanja koji je napisan na engleskom jeziku.

Možete kontaktirati \_\_\_\_\_ na \_\_\_\_\_ u bilo koje vrijeme ako imate pitanja u vezi istraživanja.

Možete kontaktirati \_\_\_\_\_ na \_\_\_\_\_ ako imate pitanja u vezi vaših prava kao subjekta istraživanja ili šta da radite ako ste povrijeđeni.

Vaše učestvovanje u ovom istraživanju je dobrovoljno i nećete biti novčano kažnjeni niti ćete izgubiti povlastice ako odbijete da učestvujete ili odlučite da prekinete učešće.

Potpisivanje ovog dokumenta znači da su vam istraživačka studija i gore navedene informacije usmeno opisane i da dobrovoljno pristajete na učestvovanje.

\_\_\_\_\_  
Potpis učesnika datum

\_\_\_\_\_  
Potpis svjedoka datum