

Greek short form consent

LOYOLA UNIVERSITY MEDICAL CENTER
MAYWOOD, ILLINOIS
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ
ΣΥΝΤΟΜΗ ΓΡΑΠΤΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΓΙΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΟΥ
ΔΕ ΜΙΛΟΥΝ ΑΓΓΛΙΚΑ**

Όνομα Συμμετέχοντος:
Αριθμός Ιατρικού Μητρώου:

Ζητείται η συμμετοχή σας σε μια ερευνητική μελέτη.

Προτού συμφωνήσετε, ο γιατρός σας πρέπει να σας μιλήσει για τους σκοπούς, τις διαδικασίες και τη διάρκεια της μελέτης. Να σας μιλήσει για τις διαδικασίες που είναι σε πειραματικό στάδιο, για ενδεχόμενους κινδύνους, ενοχλήσεις και οφέλη της έρευνας. Για ενδεχόμενα οφέλη από άλλου είδους διαδικασίες ή θεραπείες και για το πώς θα κρατηθούν οι πληροφορίες απόρρητες.

Ο ερευνητής πρέπει να σας μιλήσει και για πιθανή πληρωμή -εάν ισχύει κάτι τέτοιο- ή ιατρική θεραπεία αν προκύψει τραυματισμός. Για τους πιθανούς κινδύνους, τις περιστάσεις κατά τις οποίες ο ερευνητής μπορεί να διακόψει τη συμμετοχή σας, επιπλέον έξοδα για εσάς, τι θα συμβεί αν αποφασίσετε να σταματήσετε να συμμετάσχετε, τότε θα ενημερωθείτε για καινούργια ευρήματα που μπορεί να επηρεάσουν την απόφασή σας να συμμετάσχετε, και πόσοι άνθρωποι θα πάρουν μέρος σ' αυτήν την έρευνα.

Αν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε, πρέπει να σας δοθεί μία υπογεγραμμένη φωτοτυπία αυτού του εντύπου και μια γραπτή περίληψη της έρευνας που είναι γραμμένη στα αγγλικά.

Μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον/την _____ στο _____ οποτεδήποτε έχετε ερωτήσεις σχετικά με την έρευνα.

Μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον/την _____ στο _____ αν έχετε ερωτήσεις σχετικά με τα δικαιώματά σας ως υποκείμενο στην έρευνα ή για το τι να κάνετε αν τραυματιστείτε.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική, και δε θα τιμωρηθείτε ούτε θα χάσετε προνόμια αν αρνηθείτε να συμμετάσχετε ή αν αποφασίσετε να σταματήσετε.

Υπογράφοντας αυτό το έγγραφο συμφωνείτε ότι η ερευνητική μελέτη και οι παραπάνω πληροφορίες σας έχουν περιγραφεί προφορικά και ότι εθελοντικά συμφωνείτε να συμμετάσχετε.

Υπογραφή συμμετέχοντος

Υπογραφή

Ημερομηνία

Υπογραφή μάρτυρα

Υπογραφή

Ημερομηνία