

LOYOLA UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
MAYWOOD, ILLINOIS

SAGLASNOST ZA UČESTVOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Kratak obrazac dokumenta pisane saglasnosti za subjekte koji ne govore engleski jezik

**Ime učesnika:** \_\_\_\_\_

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

**Br. IRB protokola:** \_\_\_\_\_

Pozvani ste da učestvujete u istraživačkoj studiji. Pre nego što pristanete, Vaš lekar mora da vas obavesti o svrsi, postupcima i dužini istraživanja; svim postupcima koji su eksperimentalni; svim potencijalnim rizicima, nelagodnostima i koristima od istraživanja; svim potencijalnim koristima od drugih tipova postupaka ili lečenja; i kako će se informacije čuvati u poverljivosti.

Ako je primenljivo, istraživač takođe mora da vas obavesti o svim dostupnim naknadama ili medicinskom lečenju ukoliko dođe do povrede; potencijala za rizike; okolnosti u kojim istraživač mora da prekine Vaše učešće; svim dodatnim troškovima za Vas; šta će se dogoditi ako odlučite da prekinete učešće; kada ćete biti obavešteni o novim pronalascima koji mogu da utiču na vašu spremnost da učestvujete; i koliko ljudi će biti u studiji.

Ako pristanete da učestvujete, morate da dobijete potpisan primerak ovog dokumenta i pisani sažetak istraživanja koji je napisan na engleskom jeziku.

Možete da kontaktirate \_\_\_\_\_ na \_\_\_\_\_ u bilo koje vreme kada imate neko pitanje o istraživanju.

Možete da kontaktirate \_\_\_\_\_ na \_\_\_\_\_ ako imate pitanja u vezi Vaših prava kao istraživačkog subjekta ili šta da radite ako ste povređeni.

Vaše učestvovanje u ovom istraživanju je dobrovoljno, i nećete biti kažnjeni niti ćete izgubiti povoljnosti ako odbijete da učestvujete ili odlučite da prekinete učešće. Potpisivanjem ovog dokumenta znači da su Vam istraživačka studija kao i gorenavedene informacije opisane usmeno, i da dobrovoljno pristajete da učestvujete.

\_\_\_\_\_  
Potpis učesnika datum

\_\_\_\_\_  
Potpis svedoka datum