

UNIWERSYTECKIE CENTRUM MEDYCZNE IM. LOYOLI
MAYWOOD, ILLINOIS
WYDZIAŁ MEDYCYNY

**ZGODA NA UDZIAŁ W BADANIU NAUKOWYM
SKRÓCONY FORMULARZ ZGODY DLA OSÓB NIEZNAJĄCYCH
J. ANGIELSKIEGO**

Nazwisko pacjenta: _____

Numer dokumentacji medycznej (MRN): _____

Protokół: IRB# _____

Poproszono Cię o wzięcie udziału w badaniach naukowych.

Zanim zgodzisz się na udział w badaniu, Twój lekarz poinformuje Cię o celach, procedurach i czasie trwania badania; wszelkich procedurach eksperymentalnych; wszystkich przewidywanych zagrożeniach, niedogodnościach oraz korzyściach wynikających z badania; wszelkich alternatywnych procedurach i metodach leczenia o potencjalnie pozytywnych efektach; a także w jaki sposób zachowana zostanie poufność.

W określonych przypadkach lekarz musi poinformować Cię również o możliwości otrzymania odszkodowania lub leczenia w przypadku doznania uszczerbku na zdrowiu; ewentualnych nieprzewidzianych zagrożeniach; okolicznościach, w których badacz może wycofać Twój udział w badaniu; wszelkich dodatkowych kosztach, które musisz ponieść; a także o tym, co się stanie, jeśli postanowisz wycofać się z badania; kiedy zostaniesz poinformowany o nowych odkryciach, które mogą wpłynąć na Twoją chęć udziału w badaniu; oraz ile osób weźmie udział w badaniu.

Jeśli zgodzisz się wziąć udział w badaniu, musisz otrzymać podpisaną kopię tego formularza oraz skrócony opis badania napisany w języku angielskim.

Możesz skontaktować się z _____ w _____, jeśli będziesz miał pytania na temat badania.

Możesz skontaktować się z _____ w _____, jeśli chcesz dowiedzieć się więcej na temat praw osób biorących udział w badaniach klinicznych oraz na temat procedur obowiązujących w przypadku doznania uszczerbku na zdrowiu.

Twój udział w badaniu jest dobrowolny. Nie poniesiesz żadnych konsekwencji, ani też nie stracisz świadczeń, jeśli nie zgodzisz się na udział w badaniu lub postanowisz się z niego wycofać.

Podpisując ten dokument oświadczasz, że lekarz opowiedział Ci, na czym polega badanie, podając

POLISH short form consent

2

wyszczególnione powyżej informacje, oraz że dobrowolnie zgadzasz się wziąć udział w badaniu.

Podpis uczestnika

Data

Podpis świadka

Data