

Anexa 1

LOYOLA UNIVERSITY MEDICAL CENTER
MAYWOOD, ILLINOIS
CONSIMȚĂMÂNTUL PENTRU PARTICIPARE LA CERCETARE

Document de consimțământ de tip formular scurt pentru subiecții care nu cunosc limba engleză

Numele participantului: _____

Număr dosar medical: _____

Nr. IRB protocol: _____

Sunteți rugați să participați la un studiu de cercetare.

Înainte ca dvs. să vă exprimați acordul, medicul dvs. vă va informa în legătură cu scopurile, procedurile și durata cercetărilor; orice proceduri experimentale; orice posibile riscuri, stări de disconfort și beneficiile cercetării; orice posibil beneficiu în urma altor tipuri de proceduri sau tratamente; și politica de confidențialitate.

După caz, investigatorul trebuie, de asemenea, să vă spună despre orice compensație sau tratament medical disponibile în cazul în care au loc vătămări; eventualele riscuri; circumstanțele în care e posibil ca investigatorul să oprească participarea dvs.; orice costuri adăugate pentru dvs.; ce se întâmplă dacă decideți să nu mai participați; când vi se vor comunica noile descoperiri care vă pot influența dorința de a participa; și numărul de persoane incluse în studiu.

Dacă sunteți de acord să participați, trebuie să primiți o copie semnată a acestui document și un rezumat în scris al cercetării formulat în limba engleză.

Puteți contacta oricând _____ la _____ dacă aveți întrebări referitoare la această cercetare.

Puteți contacta _____ la _____ dacă aveți întrebări privind drepturile dvs. în calitate de subiect participant la cercetare sau ce să faceți dacă suferiți o vătămare.

Participarea dvs. la această cercetare este voluntară și nu veți fi penalizat, nici nu veți pierde beneficii dacă refuzați să participați sau decideți să încetați colaborarea.

Semnarea acestui document înseamnă că studiul de cercetare și informațiile de mai sus v-au fost comunicate oral și că sunteți de acord în mod voluntar să participați.

Semnătura participantului

data

Semnătura martorului

data