

МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР LOYOLA UNIVERSITY
МЭЙВУД, ИЛЛИНОЙС
СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ

Краткая форма письменного согласия для испытуемых, не владеющих английским языком

Имя и фамилия участника исследования: _____

Номер медицинской карты: _____

IRB# протокола: _____

Вам предлагается принять участие в научном исследовании.

Прежде чем вы дадите свое согласие, ваш врач должен сообщить вам о целях, порядке проведения и продолжительности исследования; обо всех процедурах, которые могут носить экспериментальный характер; обо всех потенциальных рисках, неприятных ощущениях и дискомфорте, а также преимуществах участия в исследовании; обо всех потенциальных преимуществах альтернативных типов процедур или методов лечения; и о порядке защиты конфиденциальности данных.

В ситуациях, где это применимо, исследователь должен сообщить вам обо всех доступных вариантах компенсации или лечения в случае травмы; о потенциальных рисках; об обстоятельствах, в которых исследователь может прекратить ваше участие в исследовании; о дополнительных расходах, которые вы можете понести; о последствиях вашего решения отказаться от дальнейшего участия в исследовании; о том, когда вам должны сообщить о получении новых данных, которые могут повлиять на ваше желание участвовать, и о количестве участников в исследовании.

Если вы согласны принять участие в исследовании, вам должен быть выдан подписанный экземпляр данного документа и письменное краткое изложение сути исследования на английском языке.

Вы можете обратиться к _____ по номеру _____ в любое время при возникновении вопросов по исследованию.

Вы можете обратиться к _____ по номеру _____, если у вас возникнут вопросы относительно ваших прав в качестве испытуемого или ваших действий в случае причинения ущерба вашему здоровью.

Ваше участие в данном исследовании является добровольным, и вы не подвергнетесь штрафам и не потеряете льготы, если откажетесь участвовать или решите выйти из исследования.

Ваша подпись на данном документе означает, что суть данного исследования и вышеизложенная информация были изложены вам устно и что вы добровольно изъявили желание принять в нем участие.

Подпись участника

Подпись свидетеля

Дата

Дата