

TRUNG TÂM Y TẾ ĐẠI HỌC LOYOLA
MAYWOOD, ILLINOIS
CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tài liệu Văn bản Chấp thuận Rút gọn Dành cho các Đối tượng Không Nói Tiếng Anh

Tên Người tham gia: _____

Số Hồ sơ Y tế: _____

Phác đồ IRB#: _____

Quý vị đang được đề nghị tham gia vào một công trình nghiên cứu.

Trước khi quý vị đồng ý, bác sĩ của quý vị phải thông báo cho quý vị biết mục đích, thủ thuật và thời gian nghiên cứu; bất kỳ thủ thuật nào mang tính thử nghiệm; bất kỳ rủi ro tiềm ẩn, khó chịu và lợi ích nào của nghiên cứu; bất kỳ lợi ích tiềm tàng nào từ các loại thủ thuật hoặc phương pháp điều trị khác; và cách thông tin sẽ được giữ kín.

Nếu có thể, nghiên cứu viên cũng phải cho quý vị biết về bất kỳ khoản đền bù hoặc điều trị y tế hiện có nào nếu xảy ra thương tích; nguy cơ rủi ro; hoàn cảnh khi nghiên cứu viên có thể ngừng sự tham gia của quý vị; bất kỳ chi phí phát sinh nào đối với quý vị; điều gì xảy ra nếu quý vị quyết định ngừng tham gia; nếu quý vị sẽ được thông báo về những phát hiện mới có thể ảnh hưởng đến sự sẵn lòng tham gia của mình; và bao nhiêu người sẽ tham gia công trình nghiên cứu.

Nếu quý vị chấp thuận tham gia, quý vị sẽ có một bản sao tài liệu này với đầy đủ chữ ký và một bản tóm tắt về cuộc nghiên cứu, được viết bằng Tiếng Anh.

Quý vị có thể liên hệ _____ theo số _____ bất cứ lúc nào quý vị có thắc mắc về cuộc nghiên cứu.

Quý vị có thể liên hệ _____ theo số _____ nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi của mình với tư cách đối tượng nghiên cứu hoặc phải làm gì nếu quý vị bị thương.

Việc tham gia của quý vị vào nghiên cứu này là tự nguyện, và quý vị sẽ không bị phạt hay bị mất các quyền lợi nếu quý vị từ chối tham gia hay quyết định ngừng.

Việc ký vào văn bản này có nghĩa rằng công trình nghiên cứu và thông tin ở trên, đã được giải thích bằng lời cho quý vị, và rằng quý vị tự nguyện chấp thuận tham gia.

Chữ ký của người tham gia Ngày

Chữ ký của người làm chứng Ngày