

LOJOLOS UNIVERSITETO MEDICINOS CENTRAS
MEIVUDAS, ILINOJAUS VALSTIJA

SUTIKIMAS DALYVAUTI TYRIME

Trumpoji raštiško sutikimo forma asmenims, nekalbantiems angliškai

Dalyvio vardas ir pavardė: _____

Ligos istorijos numeris: _____

Bioetikos komiteto (IRB) protokolo Nr.: _____

Esate kviečiami dalyvauti moksliniame tyrime.

Prieš duodant savo sutikimą, Jūsų gydytojas turi informuoti apie tikslus, procedūras, tyrimo trukmę, procedūras, kurios yra eksperimentinio pobūdžio, bet kokias galimas rizikas, nepatogumus ir tyrimo naudą; bet kokią galimą naudą, taikant kitas procedūras ar gydymo būdus, bei kaip bus išlaikomas informacijos konfidencialumas.

Kai taikoma, tyrėjas privalo taip pat informuoti Jus apie bet kokią galiojančią kompensaciją ar gydymą, patyrus žalą; galimą riziką; aplinkybes, esant kurioms tyrėjas gali nutraukti Jūsų dalyvavimą tyrime; Jūsų išlaidas dėl dalyvavimo mediciniame tyrime; kas atsitiktų, jei nuspręstumėte nebedalyvauti tyrime; kada Jums bus pranešta apie naujus rezultatus, kas įtakotų Jūsų pasiryžimą dalyvauti tyrime; bei kiek tiriamųjų dalyvaus tyrime.

Jei sutinkate dalyvauti, turite gauti šio pasirašyto dokumento kopiją ir tyrimo aprašą, pateiktą anglų kalba.

Galite susisiekti su _____ tel. _____ bet kuriuo metu, jei turite klausimų apie šį tyrimą.

Galite susisiekti su _____ tel. _____ jei turite klausimų apie savo kaip tyrimo dalyvio teises, ar ką turėtumėte daryti, jei patyrėte sužalojimą.

Jūsų dalyvavimas šiame tyrime yra savanoriškas; Jūs nebūsite baudžiami arba neprarasite paslaugų poveikumo, jei atsisakysite dalyvauti ar nuspręsite nutraukti savo dalyvavimą.

Šio dokumento pasirašymas reiškia, kad mokslinis tyrimas ir aukščiau pateikta informacija buvo

:

Jums paaiškinti žodžiu ir kad Jūs savanoriškai sutikote dalyvauti.

Dalyvio (-ės) parašas

data

Liudininko (-ės) parašas

data