

شماره "آی آر بی" (IRB):

LOYOLA UNIVERSITY MEDICAL CENTER
"میوود" (MAYWOOD)، "ایلینوی" (ILLINOIS)
اداره پزشکی

رضایت نامه شرکت در مطالعه تحقیقی
رضایت نامه اختصاری کتبی برای افراد غیر انگلیسی زبان

نام شرکت کننده:
شماره پرونده پزشکی:

پروتکل: الیو (LU)
پروژه در تاریخ یا پیش از آن بازنگری مجدد خواهد شد.

از شما خواسته اند در یک مطالعه تحقیقاتی شرکت کنید.

پیش از موافقت، پزشکتان باید اهداف، اقدامات پزشکی مربوطه و طول دوره تحقیق؛ اقدامات آزمایشی؛ خطرات، مشکلات و مزایای احتمالی تحقیق؛ مزایای احتمالی دیگر اقدامات پزشکی یا درمان‌ها؛ و چگونگی محرمانه نگه داشتن اطلاعات را برای شما توضیح دهد.

در موارد حائز شرایط و در صورت صدمه دیدن شما، محقق باید درباره غرامت و درمان پزشکی موجود؛ احتمال خطرات؛ شرایطی که محقق می‌تواند مشارکت شما را متوقف کند؛ هزینه‌های اضافی برای شما؛ پیامدهای تصمیم شما برای توقف مشارکت؛ زمان آگاه کردن شما از یافته‌هایی که شاید بر تمایلتان برای مشارکت تأثیر بگذارند؛ و تعداد شرکت‌کنندگان در این تحقیق با شما حرف بزنند.

اگر با شرکت خود در این تحقیق موافقت نمایید، باید نسخه امضا شده این سند و خلاصه نتیجه تحقیق بصورت کتبی و به زبان انگلیسی به شما ارائه شود.

اگر پرسشی درباره تحقیق دارید، با در تماس بگیرید.

اگر می‌خواهید بدانید بعنوان یک موضوع تحقیق چه حقوقی دارید یا اگر صدمه ببینید چه باید بکنید، با در تماس بگیرید.

مشارکت شما در این تحقیق داوطلبانه است و اگر نخواهید در آن شرکت کنید یا بخواهید به مشارکت خود پایان دهید، جریمه نمی‌شوید یا چیزی از دست نمی‌دهید.

امضای این سند به معنای آن است که تحقیق و اطلاعات بالا را شفاهی برایتان شرح داده‌اند و شما داوطلبانه پذیرفته‌اید در آن شرکت کنید.

امضای شرکت‌کننده تاریخ/...../.....

امضای شاهد تاریخ/...../.....