

ТИПОВАЯ КРАТКАЯ ФОРМА ПИСЬМЕННОГО СОГЛАСИЯ
ДЛЯ ТЕХ ЛИЦ, КОТОРЫЕ НЕ ГОВОРЯТ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

***ЭТОТ ДОКУМЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРЕДОСТАВЛЕН НА ЯЗЫКЕ,
ПОНЯТНОМ ЧИТАЮЩЕМУ ЕГО ЛИЦУ***

Согласие на участие в исследовании

Вас приглашают принять участие в исследовании.

До того, как вы предоставите свое согласие на участие в исследовании, проводящий его исследователь обязан сообщить вам следующую информацию: (1) цели, процедуры и длительность исследования; (2) какие-либо процедуры, которые являются экспериментальными; (3) любые обоснованно прогнозируемые: риски, дискомфорт и польза от этого исследования; (4) любые возможные полезные альтернативные методы лечения или процедуры; (5) информация о том, каким образом будет соблюдаться режим конфиденциальности.

В соответствующих случаях исследователь также обязан сообщить вам следующую информацию: (1) любые предоставляемые компенсации или медицинское лечение (в случае возникновения травмы); (2) вероятность возникновения непредвиденных рисков; (3) обстоятельства, при возникновении которых исследователь имеет право прекратить ваше участие в этом исследовании; (4) любые дополнительные расходы с вашей стороны; (5) что произойдет в том случае, если вы примете решение прекратить участие в этом исследовании; (6) когда вам будут сообщать о новых результатах, которые могут оказывать влияние на ваше желание принимать участие в этом исследовании; (7) сколько человек будет принимать участие в этом исследовании.

Если вы согласитесь принять участие в этом исследовании, вам обязаны предоставить подписанную копию данного документа и краткий письменный отчет об исследовании.

Если у вас когда-либо возникнут вопросы, касающиеся данного исследования, вы можете обращаться с ними к _____ (фамилия) по телефону _____.

Если у вас возникнут вопросы, касающиеся ваших прав (как участника этого исследования) или о том, какие действия необходимо предпринимать в случае возникновения травмы - вы можете обращаться с ними к _____ (фамилия) по телефону _____.

Ваше участие в данном исследовании является добровольным. Если вы откажетесь участвовать в нем или примете решение о прекращении своего участия - такие действия не могут служить поводом для применения к вам санкций или лишения вас льгот.

St. Joseph Mercy Health System
Наблюдательный совет (IRB)

Подписывая данный документ, вы подтверждаете, что вам было в устной форме предоставлено описание этого исследования, включая вышеуказанную информацию, и что вы добровольно соглашаетесь принять участие в этом исследовании.

Подпись участника

Дата

Подпись свидетеля (переводчика)

Дата

Подпись лица предоставившего информацию

Дата