WYDZIAŁ MEDYCZNY UNIWERSYTETU MASSACHUSETTS
Komitet ds. Ochrony Osób Będących Podmiotami Badań
Centrum Medyczne Uniwersytetu Massachusetts

SKRÓCONY FORMULARZ PISEMNEJ ZGODY DLA OSÓB NIEPOSŁUGUJĄCYCH SIĘ JĘZYKIEM ANGIELSKIM
Zgoda na udział w badaniu

Imię i nazwisko głównego badacza: _____ Nr w rejestrze: _____

Został(a) Pan(i) poproszony(a) o udział w badaniu naukowym.

Zanim wyrazi Pan(i) zgodę na udział w badaniu, badacz zobowiązany jest do poinformowania Pana(i) o celu, procedurach i czasie trwania badania; o wszelkich procedurach o charakterze eksperymentalnym; o wszelkich przewidywalnych ryzykach, niedogodnościach i korzyściach związanych z badaniem; o potencjalnie korzystnych alternatywnych procedurach lub alternatywnym leczeniu oraz o sposobie, w jaki zostanie zapewniona poufność Pana(i) danych.

O ile ma to zastosowanie, badacz zobowiązany jest do poinformowania Pana(i) o odszkodowaniu lub leczeniu przysługującym w przypadku wystąpienia uszczerbku na zdrowiu; o możliwości wystąpienia nieprzewidzianego ryzyka; o okolicznościach, w których badacz może zakończyć Pana(i) uczestnictwo w badaniu; o potencjalnych dodatkowych kosztach, które będzie musiał(a) Pan(i) ponieść; o następstwach wycofania się z badania; o czasie, w którym zostanie Pan(i) poinformowany(a) o odkryciach mogących mieć wpływ na Pana(i) decyzję o dalszym uczestnictwie w badaniu oraz o liczbie osób biorących udział w badaniu.

Jeśli wyrazi Pan(i) zgodę na udział w badaniu, musi Pan(i) otrzymać podpisany egzemplarz niniejsz ego dokumentu oraz pisemne streszczenie badania.

W przypadku pytań dotyczących badania może Pan(i) w dowolnym czasie skontaktować się z _____ pod numerem telefonu _____.

W przypadku pytań o swoje prawa jako osoby badanej lub postępowania na wypadek wystąpienia uszczerbku na zdrowiu może Pan(i) skontaktować się z Biurem ds. Osób Będących Podmiotami Badań (ang. Research Subjects Office) pod numerem telefonu 508-856-4261.

Pana(i) udział w niniejszym badaniu naukowym jest całkowicie dobrowolny. Decyzja o nieuczestniczeniu w tym badaniu pozostanie bez wpływu na świadczoną Panu(i) opiekę. W przypadku odmowy uczestnictwa lub wycofania się z badania nie zostanie Pan(i) w żaden sposób ukarany(a), ani nie utraci Pan(i) żadnych korzyści.

Podpisanie niniejszego dokumentu oznacza, że wyjaśniono Panu(i) ustnie istotę badania naukowego, włącznie z przekazaniem powyższych informacji, oraz że wyraża Pan(i) dobrowolną zgodę na udział w badaniu.

_____

Podpis uczestnika Data

_____

Podpis świadka Data