



МЕДИЦИНСКАЯ ШКОЛА УНИВЕРСИТЕТА МАССАЧУСЕТСА  
Комитет защиты людей, являющихся субъектами  
исследований  
Медицинский центр UMass Memorial

КОРОТКАЯ ФОРМА ПИСЬМЕННОГО СОГЛАСИЯ ДЛЯ СУБЪЕКТОВ, КОТОРЫЕ  
НЕ ГОВОРЯТ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ  
Согласие на участие в  
исследовании

Имя ведущего исследователя: \_\_\_\_\_ № ярлыка \_\_\_\_\_

Вас приглашают принять участие в научном исследовании.

Прежде чем Вы дадите согласие, исследователь обязан рассказать Вам о целях процедурах и продолжительности исследования, о каких-либо процедурах, являющихся экспериментальными, обо всех обоснованно предсказуемых рисках, неудобствах и выгодах исследования, потенциально выгодных альтернативных процедурах или методах лечения, а также о том, как будет обеспечиваться конфиденциальность.

Если это применимо, исследователь также обязан сообщить Вам о любых доступных компенсациях или медицинском лечении в случае нанесения ущерба, вероятности непредсказуемых рисков, обстоятельствах, при которых исследователь может прекратить Ваше участие, любых дополнительных затратах для Вас, о том, что произойдет, если Вы решите прекратить участие, когда Вас уведомят о новых результатах, которые могут повлиять на Ваше желание участвовать в исследовании, а также о том, сколько человек примет участие в исследовании.

Если Вы соглашаетесь на участие, Вам будет предоставлен подписанный экземпляр этого документа и краткий обзор исследования в письменной форме.

Вы можете обратиться к----- по телефону----- в любое время, если у Вас имеются вопросы касательно исследования.

Вы можете обратиться в Бюро субъектов исследования по телефону +1-508-856-4261, если у Вас есть вопросы о Ваших правах как участника исследования или о действиях в случае нанесения вреда Вашему здоровью.

Ваше участие в этом научном исследовании является полностью добровольным. Если Вы решите не участвовать в этом научном исследовании, это не повлияет на получаемый Вами медицинский уход. Вы не подвергнетесь взысканиям и не лишитесь выгод, если откажетесь от участия или решите прекратить его.

Подписание этого документа означает, что Вам в устной форме было описано научное исследование, включая вышеизложенную информацию, и что Вы добровольно соглашаетесь в нем участвовать.

---

Подпись участника

дата

---

Подпись свидетеля

дата