



Escola de Medicina da Universidade de Massachusetts
Comitê de Proteção de Sujeitos Humanos Participantes em Pesquisas
Umass Memorial Medical Center

Formulário Abreviado de Consentimento Por Escrito Para Sujeitos que Não Falam Inglês

Consentimento Para Participar de Pesquisa

PI Name: _____ Docket # _____

Você está sendo solicitado a participar de um estudo.

Antes que você dê o seu consentimento, o investigador deve informá-lo sobre os propósitos, procedimentos e duração da pesquisa. Ele também deverá informá-lo de procedimentos que são experimentais, sobre quaisquer riscos que sejam razoavelmente previzíveis, sobre os desconfortos e benefícios deste estudo, bem como sobre outros procedimentos ou tratamentos alternativos que possam ser benéficos, assim como informá-lo sobre os meios utilizados para preservar a confidencialidade.

O investigador também deverá informá-lo, quando for o caso, sobre compensação financeira ou tratamento médico disponível, caso você sofra alguma lesão; sobre a possibilidade de riscos imprevistos; circunstâncias que podem levar o investigador a terminar a sua participação; qualquer impacto negativo em suas finanças; o que acontece caso você queira parar de participar; quando você será informado sobre novas descobertas que poderão influenciar a sua decisão de participar, bem como quantos indivíduos farão parte deste estudo.

Se você concordar em participar, você receberá uma cópia assinada deste documento bem como um resumo do estudo por escrito.

Você pode contatar _____ pelo telefone _____ sempre que tiver questões sobre o estudo.

Você pode contatar o Escritório de Participantes em Pesquisas pelo telefone 508-856-4261 caso tenha alguma pergunta sobre os seus direitos como participante no estudo, ou o que fazer caso sofra alguma lesão.

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Se você decidir que não deseja participar deste estudo isto não afetará os cuidados médicos que você recebe. Você não será penalizado e nem perderá benefícios caso você se recuse ou decida terminar a sua participação neste estudo.

A sua assinatura neste documento significa informações acerca deste estudo, incluindo a informação acima, lhe foi comunicada verbalmente, e que você consente voluntariamente em participar.

Assinatura do participante data

Assinatura da testemunha data