

دانشکده پزشکی دانشگاه ماساچوست

کمیته محافظت از حقوق شرکت‌کنندگان در پژوهش‌ها

UMass Memorial Medical Center

رضایت نامه کتبی کوتاه برای شرکت‌کنندگانی که به زبان انگلیسی صحبت نمی کنند

رضایت نامه برای شرکت در تحقیق

نام PI: شماره

از شما خواسته شده است در یک پژوهش تحقیقاتی شرکت کنید.

قبل از موافقت، مسئول تحقیق باید درباره اهداف، روند کار و مدت زمان تحقیق، هرگونه روند تحقیقاتی، هرگونه خطر احتمالی قابل پیش بینی، ناراحتی و مزایای تحقیق و هرگونه مزایای جایگزین احتمالی برای این روند و درمان فعلی و اینکه محرمانگی به چه صورت حفظ می شود باید با شما صحبت کند.

در صورت امکان مسئول تحقیق باید در صورت بروز هرگونه جراحت درباره هرگونه درمان یا داروی جایگزین نیز به شما توضیح دهد، همچنین در مورد خطرهای غیرقابل پیش بینی، شرایطی که تحت آنها مسئول تحقیق ممکن است حضور شما را منع کند، هرگونه هزینه اضافی، اینکه در صورتی که تصمیم بگیرید حضورتان را در تحقیق متوقف کنید چه اتفاقی می افتد، اینکه چه زمان درباره یافته های جدید که ممکن است بر تمایل شما بر شرکت در تحقیق تأثیر بگذارد به شما اطلاع داده می شود و همچنین اینکه چند نفر در تحقیق شرکت خواهند کرد.

اگر با شرکت در این تحقیق موافق هستید، باید یک نسخه امضا شده از این سند و یک خلاصه کتبی از تحقیق را دریافت کنید.

در هر زمان اگر سؤالی دارید می توانید تماس بگیرید.

اگر سؤالی درباره حقوقتان به عنوان سوژه تحقیق دارید یا اگر می خواهید بدانید در صورت بروز جراحت چه کاری انجام دهید، می توانید از طریق شماره 4261-856-508 با دفتر سوژه های تحقیق تماس بگیرید.

حضور شما در این پروژه تحقیقاتی کاملاً داوطلبانه و اختیاری است. اگر تصمیم گرفته اید در این پروژه تحقیقاتی شرکت نکنید، بر خدمات درمانی که دریافت می کنید تأثیری گذاشته نخواهد شد. اگر موافق به شرکت در این تحقیق نباشید یا اگر تصمیم بگیرید از پروژه خارج شوید، جریمه نخواهید شد یا مزایایتان را از دست نخواهید داد.

امضای این فرم به این معنی است که تحقیق، از جمله اطلاعات عنوان شده در بالا، به صورت شفاهی برایتان توضیح داده شده است و اینکه خودتان داوطلبانه موافقت می کنید که در این پژوهش شرکت کنید.

امضای شرکت کننده تاریخ

امضای شاهد تاریخ