COMIRB#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Study Title:

# ОБЪЕДИНЕННЫЙ ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ УЧРЕЖДЕНИЙ ШТАТА КОЛОРАДО

**COLORADO MULTIPLE INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**

# Краткое письменное информированное согласие на участие в научном исследовании для лиц, не владеющих английским языком

Вас просят принять участие в научном исследовании. Участие в исследовании – добровольное. Прежде чем Вы примите решение, исследователь обязан предоставить Вам информацию, которая поможет Вам взвесить все плюсы и минусы Вашего участия в исследовании. Она касается того, зачем проводят исследование, в чем будет заключаться Ваше участие, какие его части являются экспериментальными, если таковы есть, сколько исследование будет продолжаться, какие риски и неудобства для Вас существуют, какую пользу оно Вам принесет и какие альтернативные процедуры или способы лечения доступны для Вас.

Задавайте вопросы обо всем, чего Вы не понимаете.

Также исследователь расскажет Вам о том, нужно ли Вам будет платить за что-либо, каким образом Вам будут предоставлять новую информацию об исследовании (особенно, если она может повлиять на Ваше решение продолжать участие в исследовании), как можно прекратить участие в исследовании, как врач может исключить Вас из исследования, что случиться, если Вы покинете исследование, сколько людей будут участвовать в исследовании, каким образом Вы можете получить медицинскую помощь в случае вреда Вашему здоровью в результате участия в исследовании и нужно ли будет Вам платить за нее, как будут использовать Вашу информацию в будущем или передавать другим исследователям, а также каким образом будет обеспечена конфиденциальность информации, с помощью которой возможно установить Вашу личность.

Если у Вас есть вопросы об исследовании или Вы полагаете, что Вашему здоровью причинен вред в результате участия в исследовании, обратитесь к следующему лицу:

Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если у Вас есть вопросы, касающиеся Ваших прав как участника исследования, обратитесь в Объединенный экспертный совет учреждений штата Колорадо, воспользовавшись телефоном: 303-724-1055 или электронным адресом: COMIRB@ucdenver.edu.

Вы имеете право решить не принимать или в любое время прекратить участие в исследовании. При этом Вы не потеряете каких-либо льгот, принадлежащих Вам по праву.

Если Вы согласны принять участие в исследовании, Вам нужно подписать данную краткую форму, изложенную на языке, которым Вы владеете, а также копию краткого изложения информации об исследовании (формы согласия) на английском языке с проставлением даты.

Подписывая данную форму, Вы подтверждаете, что вся информация в краткой форме изложения (согласия) на английском языке была предоставлена Вам в устном виде на языке, которым Вы владеете, Вы обсудили информацию и получили ответы на Ваши вопросы и добровольно соглашаетесь принять участие.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Подпись участника (или законного уполномоченного представителя, если разрешено ЭСУ)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Подпись свидетеля предоставления информации в устном виде (может быть переводчик)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Подпись переводчика

*Участник: подписывает ТОЛЬКО данную краткую форму*

*Свидетель: подписывает ОБЕ формы – данную краткую форму и краткое изложение (форму согласия) на английском языке*

*Переводчик: подписывает ТОЛЬКО данную краткую форму*

*Лицо, принявшее согласие: подписывает ТОЛЬКО краткое изложение (форму согласия) на английском языке*