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

Study Title:

# HỘI ĐỒNG THẨM ĐỊNH ĐA TỔ CHỨC COLORADO

# COLORADO MULTIPLE INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

# 

**Văn bản đồng thuận có ý thức vắn tắt về cuộc nghiên cứu dành cho những người không đọc tiếng Anh**

Quý vị đang được yêu cầu tham gia vào một nghiên cứu khảo sát. Việc tham gia cuộc nghiên cứu này là tự nguyện. Trước khi quý vị đưa ra quyết định, trước tiên điều tra viên phải cung cấp cho quý vị thông tin để giúp quý vị hiểu tại sao quý vị có thể muốn và không muốn tham gia vào cuộc nghiên cứu này. Thông tin này sẽ bao gồm lý do cuộc nghiên cứu được tiến hành, điều gì sẽ xảy ra với quý vị nếu tham gia vào cuộc nghiên cứu, phần nào (nếu có) là thử nghiệm, quý vị sẽ tham gia vào cuộc nghiên cứu trong bao lâu, những rủi ro và những điều gây khó chịu đối với quý vị là gì, quý vị có những lợi ích gì và những thủ tục hoặc giải pháp thay thế có sẵn nào.

Hãy đưa ra bất cứ câu hỏi nào về bất kỳ điều gì mà quý vị không hiểu.

Điều tra viên cũng sẽ cho quý vị biết liệu quý vị có phải trả bất cứ khoản tiền nào không, cách thức quý vị sẽ được thông báo về bất kỳ thông tin mới về cuộc nghiên cứu (đặc biệt là nếu thông tin này có thể ảnh hưởng đến quyết định của quý vị về việc vẫn tham gia vào cuộc nghiên cứu), làm thế nào quý vị có thể ngừng tham gia nghiên cứu, làm thế nào bác sĩ có thể giúp quý vị rời khỏi cuộc nghiên cứu, điều gì xảy ra nếu quý vị rời khỏi cuộc nghiên cứu, bao nhiêu người sẽ tham gia vào cuộc nghiên cứu, quý vị có thể được chăm sóc y tế như thế nào nếu quý vị bị thương do cuộc nghiên cứu gây ra và liệu quý vị sẽ phải trả tiền cho những tổn thương, thông tin của quý vị có thể được sử dụng trong tương lai hoặc được chia sẻ với các nhà nghiên cứu khác như thế nào và thông tin nhận dạng quý vị sẽ được giữ bí mật như thế nào.

Nếu quý vị có thắc mắc về cuộc nghiên cứu hoặc quý vị cảm thấy quý vị đã bị thương do cuộc nghiên cứu gây ra, quý vị có thể liên lạc,

Tên \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Số ĐT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nếu quý vị có thắc mắc về quyền của mình với tư cách là người tham gia nghiên cứu, vui lòng gọi Ủy ban Thẩm định Đa tổ chức của Colorado theo số 303-724-1055 hoặc gửi email đến COMIRB@ucdenver.edu.

Quý vị có thể chọn không tham gia vào cuộc nghiên cứu hoặc quý vị có thể bỏ tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không mất bất kỳ đặc quyền nào mà quý vị được hưởng.

Nếu quý vị đồng ý tham gia nghiên cứu, quý vị phải nhận được một bản sao có chữ ký và ghi ngày tháng của Mẫu Văn bản Vắn tắt này được viết bằng ngôn ngữ mà quý vị hiểu và bản sao tóm tắt cuộc nghiên cứu bằng văn bản tiếng Anh (Mẫu đồng thuận).

Ký vào mẫu này đồng nghĩa với việc tất cả thông tin từ mẫu tóm tắt tiếng Anh (đồng thuận) đã được cung cấp cho quý vị bằng ngôn ngữ mà quý vị hiểu và cũng có nghĩa là quý vị đã thảo luận thông tin và đã trả lời câu hỏi của mình và quý vị tự nguyện đồng ý tham gia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Chữ ký của người tham gia (hoặc đại diện được ủy quyền hợp pháp nếu được

thông qua bởi Hội đồng Thẩm định Cơ sở (IRB)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Chữ ký của người làm chứng cho bài Báo cáo bằng Miệng (có thể là thông dịch viên)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Chữ ký của thông dịch viên

*Người tham gia: CHỈ ký văn bản vắn tắt này*

*Người làm chứng: Ký CẢ văn bản vắn tắt này và bảng Tóm tắt bằng tiếng Anh (Văn bản đồng thuận)*

*Người thông dịch: CHỈ ký văn bản vắn tắt này*

*Người thu thập ý kiến đồng ý CHỈ ký bảng Tóm tắt bằng tiếng Anh (Văn bản đồng thuận)*