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

Назва дослідження:

# COLORADO MULTIPLE INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

# Коротка форма письмової інформованої згоди на участь в дослідженні для осіб, які не можуть читати текст англійською мовою

Вас запросили взяти участь у науковому дослідженні. Участь у дослідженні є добровільною. Перед тим, як ви приймете рішення, дослідник повинен спочатку надати вам інформацію, щоб полегшити вам розуміння причини, з якої ви можете хотіти взяти участь у цьому дослідженні, і причини, з якої ви можете не хотіти брати участь у ньому. Це включатиме пояснення, чому проводять дослідження, що відбуватиметься з вами, якщо ви візьмете участь у дослідженні, які частини (якщо є такі) є експериментальними, тривалість вашої участі в дослідженні, які ризики і дискомфорт пов'язані з участю в дослідженні, яку користь ви отримаєте, а також які альтернативні процедури або лікування є доступними.

Ставте запитання щодо всіх частин бесіди, які ви не розумієте.

Дослідник також скаже вам, чи ви повинні платити за що-небудь, яким чином вам повідомлятимуть про будь-яку нову інформацію щодо дослідження (особливо, якщо це може вплинути на ваше рішення залишатися в дослідженні), як ви можете припинити участь у дослідженні, як лікар може виключити вас із дослідження, що відбудеться у разі, коли ви припините участь у дослідженні, скільки людей будуть учасниками дослідження, як ви можете отримати медичну допомогу, якщо у вас буде пошкодження внаслідок участі в дослідженні, та чи ви повинні платити за таку медичну допомогу, як вашу інформацію можуть використати в майбутньому або користуватися нею спільно з іншими дослідниками, і як інформацію, що може ідентифікувати вас, будуть тримати конфіденційно.

Якщо у вас є запитання стосовно дослідження або якщо ви відчуваєте, що ви отримали пошкодження внаслідок участі в дослідженні, ви можете зв'язатися

Ім'я: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Якщо ви маєте запитання про свої права в якості учасника дослідження, будь ласка зателефонуйте до COLORADO MULTIPLE INSTITUTIONAL REVIEW BOARD - номер телефону 303-724-1055 або надішліть листа електронною поштою до COMIRB@ucdenver.edu.

Ви можете обрати варіант не бути учасником дослідження або ви можете припинити участь у дослідженні в будь-який час без втрати жодних привілеїв, на які ви маєте право.

Якщо ви погодитеся бути учасником дослідження, ви повинні отримати підписану і датовану копію цієї короткої форми, що написана мовою, яку ви розумієте, а також копію письмового викладення англійською мовою (форми згоди) даних щодо дослідження.

Підписання цієї форми означає, що вся інформація з письмового викладення форми англійською мовою (згода) була надана вам усно мовою, яку ви розумієте, що ви обговорили інформацію і отримали відповіді на ваші запитання, та що ви добровільно погодилися взяти участь у дослідженні.

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

Підпис учасника (або законно вповноваженого представника, якщо схвалено ЕРО)

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

Підпис свідка усної презентації (може бути також усний перекладач)

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

Підпис усного перекладача

*Учасник: Підписує ТІЛЬКИ цю коротку форму*

*Свідок:*  *Підписує ОБИДВА документа: цю Коротку форму і Коротке викладення англійською мовою (документ згоди)*

*Усний перекладач:*  *Підписує ТІЛЬКИ цю коротку форму*

*Особа, яка отримує згоду:*  *Підписує ТІЛЬКИ Коротке викладення англійською мовою (документ згоди)*