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

Tədqiqatın adı:

# COLORADO MULTIPLE INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

# Tədqiqatda iştirak edə bilmək üçün ingiliscə oxuya bilməyən şəxslər üçün yazılı razılıq formu.

Sizdən bir tədqiqatda iştirak etməyiniz xahiş olunur. Tədqiqatda iştirak könüllüdür. Qərar verməzdən əvvəl, tədqiqatçı sizə bu tədqiqatda niyə iştirak etmək istəyə biləcəyiniz və niyə iştirak etmək istəməyə biləcəyiniz barədə məlumat verməlidir. Buraya tədqiqatın niyə aparıldığı, tədqiqatda iştirak etsəniz sizə nə olacağı, hansı hissələrin (əgər olarsa) eksperimental olduğu, tədqiqatda nə qədər müddət qalacağınız, risklər və narahatlıqlar, faydalar və mövcud alternativ prosedur və ya müalicələr daxildir.

Anlaşılmayan bir məqam varsa, suallarınızı verə bilərsiniz.

Tədqiqatçı sizə nəyəsə görə ödəniş etməli olub-olmadığınız, tədqiqatla bağlı hər hansı yeni məlumatın sizə necə bildiriləcəyi (xüsusilə bu məlumat tədqiqatda qalmaq qərarınıza təsir göstərə bilərsə), tədqiqatda iştirakınızı necə dayandıra biləcəyiniz, həkimin sizi tədqiqatdan necə çıxara biləcəyi, tədqiqatı tərk etdikdə nə olacağı, tədqiqatda neçə nəfərin iştirak edəcəyi, tədqiqat nəticəsində zərər görsəniz tibbi yardım ala biləcəyiniz və bu yardıma görə ödəniş etməli olub-olmayacağınız, məlumatlarınızın gələcəkdə necə istifadə edilə biləcəyi və ya digər tədqiqatçılarla necə paylaşılacağı, həmçinin sizi müəyyən edən məlumatların məxfiliyinin necə qorunacağı barədə də məlumat verəcək.

Tədqiqatla bağlı suallarınız varsa və ya bu tədqiqat səbəbindən zərər çəkdiyinizi hiss edirsinizsə, bizimlə əlaqə saxlaya bilərsiniz:

Ad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tədqiqat iştirakçısı kimi hüquqlarınızla bağlı suallarınız varsa, Colorado Multiple Institutional Review Board 303-724-1055 nömrəsinə zəng edin və ya COMIRB@ucdenver.edu ünvanına e-poçt göndərin.

Siz tədqiqatda iştirak etməməyi seçə bilərsiniz və ya istənilən vaxt iştirakınızı dayandıra bilərsiniz, bu zaman sizə aid olan hər hansı hüquqlardan məhrum olmayacaqsınız.

Əgər tədqiqatda iştirak etməyə razılıq versəniz, sizin anladığınız dildə yazılmış bu Qısa Formanın imzalanmış və tarix qoyulmuş bir nüsxəsi, həmçinin tədqiqatın ingilis dilində yazılmış xülasəsi (razılıq formu) sizə təqdim edilməlidir.

Bu formu imzalamaq, İngilis dilində olan (razılıq) xülasə formasındakı bütün məlumatların sizə anladığınız dildə şifahi şəkildə təqdim edildiyini, məlumatları müzakirə etdiyinizi və suallarınıza cavab aldığınızı, həmçinin könüllü olaraq iştirak etməyə razı olduğunuzu ifadə edir.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tarix: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

İştirakçının İmzası (və ya IRB tərəfindən təsdiqlənmişdirsə,

Qanuni Səlahiyyətli Nümayəndənin İmzası)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tarix: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Şifahi Təqdimatın Şahidinin İmzası (Eyni zamanda tərcüməçi də ola bilər)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tarix: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Tərcüməçinin imzası

*İştirakçı: YALNIZ bu qısa formanı imzalayın*

*Şahid: HƏM bu Qısa Formanı, həm də İngilis Briefini (Razılıq Sənədi) imzalayın*

*Tərcüməçi: YALNIZ bu qısa formanı imzalayın*

*Razılıq alan şəxs: YALNIZ ingilis dilində xülasəni imzalayın (razılıq sənədi)*