COLORADO MULTIPLE INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Кратки образац за особе које не читају енглески језик

Назив студије: _____

_____

Замољени сте да учествујете у истраживачкој студији. Пре него што пристанете, студијска медицинска сестра или доктор вам морају рећи следеће о студији:

- зашто се обавља студија
- шта ће да вам се дешава ако сте у студији (испитивања, тестирања, лечење, итд.)
- да ли је било који део студије експерименталан
- могући ризици, нелагодности и користи студије (увек постоји могућност да се појаве нуспојаве на тестирања или лечење за које нисмо знали раније)
- алтернативе за учествовање у студији
- како ће се ваш студијски досије чувати у тајности
- како можете добити медицинску негу ако сте повређени у студији и да ли ћете морати да платите за то
- да ли ћете морати да платите за студију
- ситуације у којима би студијски доктор могао да вас искључи из студије
- шта ће да се деси ако одлучите да прекинете учествовање у студији
- како ће вам се пренети нове информације о студији, нарочито ако ове имформације могу утецати на вашу одлуку да се повучете из студије
- колико људи ће да учествује у студији

Кога да назовете ако имате питања?
У било ком тренутку можете контактирати _____ (investigator name) на _____ (investigator phone number) ако имате питања о истраживању или ако мислите да сте повређени овим истраживањем. Можете контактирати канцеларију _____ (IRB) на _____ (IRB phone number) ако имате питања о правима вас као предмета истраживачке студије.

Потписивање овог формулара значи да вам је истраживачка студија усмено објашњена. Ако се слажете да учествујете у студији, добићете потписану копију овог формулара и писани сажетак студије. Имаћете прилику да питате све што вас интересује о студији. Требате бити задовољни одговорима на своја питања пре него што потпишете овај формулар.

Знам шта ће дешавати у овој студији. Такође знам могуће добро и лоше (користи и ризике) које се може догодити ако учествујем у студији. Одабрао/ла сам да учествујем у овој студији. Знам да, у било ком тренутку, могу престати учествовати у студији и да ћу и даље примати редовну медицинску негу.

Потпис учесника: _____

Датум: __ __/ __ __/ __ __

Потпис сведока (Signature of Witness): _____

Датум (Date): __ __/ __ __/ __ __

Потпис преводиоца: _____

Датум: __ __/ __ __/ __ __