

(Սյս ձևը պետք է ուղեկցվի Փորձարարական հետազոտությունների սուբյեկտների իրավունքների հայտարարագրով և IRB-ի կողմից հաստատված համաձայնության փաստաթղթով)

Հետազոտությանը մասնակցելու համաձայնություն

Սուբյեկտի անունը. _____ IRB հետազոտության համարը. _____

Բժշկական քարտի/Սուբյեկտի ID համարը. _____

Ձեզ կամ Ձեր երեխային առաջարկվում է մասնակցել հետազոտության: Հետազոտության միջոցով գիտական աշխատակիցները (բժիշկները, բուժքույրերը և այլ մասնագետներ) փորձում են հասկանալ երևույթները և նոր գիտելիքներ ձեռք բերել: Հետազոտության առարկա կարող են հանդիսանալ օրգանիզմում կատարվող երևույթները, հիվանդության պատճառները, հիվանդության բուժման ձևերը, կամ այն, թե ինչ են մարդիկ զգում կամ մտածում որոշ երևույթների մասին:

Նախքան այս հետազոտությանը Ձեր կամ Ձեր երեխայի մասնակցության վերաբերյալ որոշում կայացնելը հետազոտողը պետք է Ձեզ ներկայացնի. (i) հիմնական տեղեկատվությունը, որը կօգնի Ձեզ հասկանալ հետազոտությանը մասնակցելու կամ չմասնակցելու շարժառիթները. (ii) հետազոտության նպատակները, գործունեության տեսակները, որոնք տեղի կունենան (դրանք անվանվում են պրոցեդուրաներ) և հետազոտության տևողությունը. (iii) բոլոր փորձարարական (փորձարկվող) պրոցեդուրաները. (iv) բոլոր հնարավոր ռիսկերը, անհարմարություններն ու օգուտները՝ կապված հետազոտության հետ. (v) բոլոր այլ պոտենցիալ օգտակար պրոցեդուրաները կամ բուժման տեսակները և (vi) Ձեզ վերաբերող տեղեկատվության գաղտնիության պահպանման եղանակները. (vii) այն, թե արդյոք անձի ինքնությունը բացահայտող անձնական տվյալները կամ ինքնությունը բացահայտող նմուշները կպահպանվեն հետագա հետազոտությունների համար կամ կփոխանցվեն այլ հետազոտողների՝ առանց այդ հետազոտության վերաբերյալ համաձայնության առկայության:

Համապատասխան դեպքերում հետազոտողը պետք է Ձեզ ներկայացնի նաև հետևյալը. (i) տրամադրվող վճարները կամ բուժումը՝ վնասի կամ վնասվածքի առաջացման դեպքում. (ii) անհայտ ռիսկերի հնարավորությունը. (iii) իրավիճակները, որոնց դեպքում հետազոտողը կարող է դադարեցնել Ձեր մասնակցությունը. (iv) Ձեր հաշվին կատարվող լրացուցիչ ծախսերը. (v) ինչ է տեղի կունենա, երբ դադարեցնեք Ձեր մասնակցությունը. (vi) երբ եք տեղեկացվելու այն ստացված արդյունքների վերաբերյալ, որոնք կարող են ազդել մասնակցելու Ձեր ցանկության վրա և (vii) քանի մարդ է մասնակցում հետազոտությանը. (viii) այն, թե արդյոք Ձեր կենսաբանական նմուշները կարող են օգտագործվել առևտրային շահույթ ստանալու համար, և արդյոք Դուք կօգտվեք այդ շահույթից. (ix) արդյոք հետազոտությունը ներառում է ամբողջ գենոմի հետ կապված գործողությունների հերթականություն:

Եթե համաձայնում եք մասնակցել, ապա Ձեզ պետք է տրվի այս փաստաթղթի ստորագրված օրինակը և այս հետազոտությանը մասնակցելու համաձայնության հաստատված ձևը անգլերեն լեզվով:

Դուք կարող եք դիմել _____-ին _____ հեռախոսահամարով ցանկացած ժամանակ, երբ հարցեր ունենաք

Համաձայնության ձևի ստորագրված օրինակների տրամադրումը. 1) Տալ ընտանիքին. 2) Բժշկական քարտ. 3) Հետազոտողի թղթապանակ:

(Սյս ձևը պետք է ուղեկցվի Փորձարարական հետազոտությունների սուբյեկտների իրավունքների հայտարարագրով և IRB-ի կողմից հաստատված համաձայնության փաստաթղթով)

հետազոտության վերաբերյալ կամ, վնասվածք ստանալու դեպքում, անհրաժեշտ գործողությունների վերաբերյալ: Ձեր որպես հետազոտության սուբյեկտի, իրավունքների վերաբերյալ հարցեր ունենալու դեպքում կարող եք դիմել Փորձագիտական վերանայման խորհրդին (IRB) (323) 442-0114 հեռախոսահամարով, էլեկտրոնային փոստի հասցեով՝ hrrp@usc.edu կամ հետևյալ փոստային հասցեով՝ USC Institutional Review Board (IRB)
3720 South Flower Street
CUB325 / MC0702
Los Angeles, CA 90089-0702

Ձեր մասնակցությունն այս հետազոտությանը կամավոր է (իրականացվում է Ձեր նախընտրությամբ), և Դուք չեք տուգանվի և չեք կորցնի Ձեր արտոնությունները մասնակցությունից հրաժարվելու կամ այն դադարեցնելու դեպքում:

Ստորագրելով այս փաստաթուղթը՝ հաստատում եք, որ հետազոտությունը, ներառյալ վերը նշված տեղեկատվությունը, ներկայացվել է Ձեզ բանավոր, և Դուք կամավոր սկզբունքով համաձայնել եք մասնակցել:

Մասնակցի ստորագրությունը

Ամսաթիվը

Իրավական ներկայացուցչի ստորագրությունը

Ամսաթիվը

Վկայի անունը տպագիր/ստորագրությունը

Ամսաթիվը

Համաձայնության ձևի ստորագրված օրինակների տրամադրումը. 1) Տալ ընտանիքին. 2) Բժշկական քարտ. 3) Հետազոտողի թղթապանակ: