

КРАТКАЯ ФОРМА И ПИСЬМЕННЫЙ ДОКУМЕНТ СОГЛАСИЯ ДЛЯ
ЛИЦ, НЕ ГОВОРЯЩИХ ПО-АНГЛИЙСКИ

ЭТОТ ДОКУМЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ НАПИСАН НА ПОНЯТНОМ ЛИЦУ ЯЗЫКЕ

Согласие на участие в исследовании

Вас просят принять участие в научном исследовании. Прежде чем Вы примете решение, исследователь должен сначала предоставить Вам информацию, которая поможет Вам понять, почему Вы, возможно, захотите участвовать в исследовании и почему Вы, возможно, НЕ захотите участвовать в исследовании.

Затем исследователь должен рассказать Вам о целях, процедурах и продолжительности исследования, о любых процедурах, которые являются экспериментальными, любых разумно прогнозируемых рисках, неудобствах, преимуществах исследования, любых потенциально полезных альтернативных процедурах или методах лечения и о том, как будет сохраняться конфиденциальность.

[Если это исследование включает в себя сбор идентифицируемой информации или биологических образцов, включите следующее:]

Исследователь также сообщит Вам, если и как Ваша информация **[и/или биологические образцы]** может быть использована в будущем или предоставлена другим исследователям.

Там, где это применимо, исследователь также должен сообщить Вам о любой доступной компенсации или медицинском лечении в случае травмы, возможности непредвиденных рисков, об обстоятельствах, когда исследователь может прекратить Ваше участие, о любых дополнительных расходах для Вас, что произойдет, если Вы решите прекратить участие, когда Вам сообщат о новых результатах, которые могут повлиять на Вашу готовность участвовать, сколько человек будет участвовать в исследовании, а также информацию о том, как будут использоваться биологические образцы и что произойдет с информацией, полученной из биологических образцов.

Если у Вас есть вопросы по поводу исследования или если Вы чувствуете, что получили травму, Вы можете связаться со следующим лицом:

Имя, фамилия:

Телефон:

Если у Вас есть вопросы, сомнения или жалобы относительно Ваших прав в качестве участника исследования, пожалуйста, свяжитесь с Управлением по защите при исследованиях на людях (Human Research Protection Office) по телефону 1-(800)-438-0445 или электронной почте hrpo@wusm.wustl.edu.

Ваше участие в этом исследовании является добровольным, и Вы не будете наказаны и не потеряете льготы, если откажетесь участвовать или решите прекратить.

Описание этого клинического исследования будет доступно на сайте <http://www.ClinicalTrials.gov> в соответствии с требованиями законодательства США. На этом сайте не будет информации, позволяющей идентифицировать Вас. Самое большее, на сайте будет представлено резюме результатов. Вы можете провести поиск по этому сайту в любое время.

Если Вы согласны участвовать, Вам должна быть предоставлена подписанная и датированная копия этого документа, написанного на понятном Вам языке, и копия сводного документа (согласия), написанного на английском языке.

Подписание этого документа означает, что **вся** информация из сводного документа (согласия) на английском языке была прочитана Вам в устной форме, что Вам пришлось обсудить эту информацию и получить ответы на свои вопросы и что Вы добровольно соглашаетесь участвовать.

Имя, фамилия участника печатными буквами

Подпись участника

Дата

Имя, фамилия свидетеля печатными буквами

Подпись свидетеля

Дата

Участник: *Подпишите ТОЛЬКО эту краткую форму*

Свидетель: *Подпишите ОБА эту краткую форму и сводный документ (документ согласия) на английском языке*

Лицо, получающее согласие: *Подпишите ТОЛЬКО сводный документ (документ согласия) на английском языке*