

Детская больница Лос-Анжелеса
Согласие на участие в научном исследовании

Имя и фамилия: _____
Медицинская карта №: _____
Дата
рождения: _____

Вас или Вашего ребенка пригласили принять участие в научном исследовании. Научные исследования проводятся учеными (докторами, медсестрами и другими медработниками) для того, чтобы понять природу вещей и получить новые знания о предмете исследования. Темы научных исследований бывают разные, например: как работает человеческий организм, откуда возникают болезни, как их лечить, или что люди думают или чувствуют относительно определенных предметов.

Перед тем, как Вы примете решение о Вашем участии (или участии Вашего ребенка) в данном научном исследовании, наш исследователь обязан рассказать Вам о: (i) целях научного исследования, проводимых процедурах, и сроках научного исследования, (ii) любых процедурах, которые являются экспериментальными (находятся в процессе испытания); (iii) любых рисках, неудобствах или преимуществах, связанных с данным исследованием; (iv) всех других потенциально полезных процедурах и методах лечения; (v) и о том, как конфиденциально хранить Вашу информацию.

Там, где это применимо к Вашей ситуации, исследователь также обязан информировать Вас о: (i) любых доступных выплатах и медицинском лечении, в случае, если Вашему здоровью будет причинен какой-либо вред; (ii) возможности непредвиденного риска; (iii) ситуациях, когда исследователь может прекратить Ваше участие; (iv) дополнительных расходах, которые могут потребоваться от Вас, (v) что произойдет, если Вы решите прекратить участие в исследовании; (vi) когда Вам сообщат о новых открытиях, которые могут повлиять на Ваше желание продолжать участие в исследовании; (vii) и сколько человек будет участвовать в данном научном исследовании.

Если Вы даете согласие на участие. Вам дадут подписанную копию данного документа и копию утвержденного согласия на участие в данном научном исследовании на английском языке.

Вы можете связаться с _____ по адресу _____ в любое время, если у Вас будут вопросы об исследовании, или чтобы узнать, что нужно делать в случае травмы или другого вреда здоровью.

Вы можете связаться с Программой защиты пациентов Десткой больницы г. Лос-Анжелес по телефону (323) 361-2265 и осведомиться о Ваших правах, как участника научного исследования.

Ваше участие в данном исследовании добровольно (по вашему выбору), и Вы не будете наказаны или лишены каких-либо льгот, если Вы откажетесь от участия или решите прекратить участие в исследовании.

Подписанием данного документа Вы соглашаетесь с тем, что Вам устно рассказали о научном исследовании и вышеприведенной информации, и что Вы добровольно согласились на участие в научном исследовании.

Подпись участника

Дата

Подпись родителя (если необходимо)

Дата

Имя и фамилия свидетеля (печатными буквами)/Подпись свидетеля

Дата

The witness's signature serves to attest that he/she provided the interpreting services and assisted with conveying explanation and questions and answers in the language spoken by the subject or the subject's parent/legal guardian.