КОРОТКА ПИСЬМОВА ЗГОДА ЩОДО УЧАСТІ У ДОСЛІДЖЕННІ

ДОРОСЛОГО ЩО НЕ ВОЛОДІЄ АНГЛІЙСЬКОЮ МОВОЮ

This document must be written in a language understandable to the subject

Арканзаський Університет Медичних Наук

Літтл Рок, Арканзас 72205

Yellow highlighted text in this document is instructional text and is to be deleted when this form is used. Confirm the page numbers are correct before finalizing your translated documented.

Ім’я дорослого що приймає участь у дослідженні: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вас просять прийняти участь у дослідженні під наступною назвою (англійською мовою):

Це дослідження проводиться під орудою PI Name here, названого тут як Головний Дослідник (ГД). ГД, або призначений ним спеціаліст, повинен повідомити Вам усі деталі цього дослідження перед тим як Ви погодитеся прийняти у ньому участь. Ця співбесіда повинна початися із короткої інформації, яка ймовірно допоможе Вам прийняти рішення стосовно Вашої участі в цьому дослідженні. Ми також зобов’язані повідомити Вам наступне:

* Які вимоги до Вас у випадку якщо Ви погодитеся прийняти участь у дослідженні і як довго це дослідження триватиме;
* Усі експериментальні аспекти цього дослідження;
* Будь-які можливі ризики (негативні наслідки) та користь (позитивні наслідки), які можуть статися якщо ви долучитеся до цього дослідження;
* Інші варіанти які Ви можете обрати окрім долучення до цього дослідження;
* Як ми зберігатимемо Вашу інформацію;
* If the research is greater than minimal risk, add the following; otherwise delete this bullet: Пояснення будь-яких медичних заходів, або компенсації у випадку негативних наслідків.
* If the research involves collection of identifiable private information or identifiable specimens, add the following; otherwise delete this bullet: Чи можливе використання інформації чи біологічних матеріалів для майбутніх досліджень здійснених цим чи іншим дослідником.
* Інша інформація, що може допомогти Вам прийняти рішення. (See [IRB policy 15.1, Section C under “Procedure”](http://irb.uams.edu/wp-content/uploads/sites/127/2020/06/IRB-Policy-15.1-Elements-of-Informed-Consent-FINAL.pdf) for the “as applicable” elements. While these do not need to be listed separately in this document, they MUST be presented in the consent discussion when the short form process is used.)

Якщо Ви погоджуєтесь на участь у цьому дослідженні, після пояснення усього вищевикладеного в усній формі, Вам повинні надати копію цього документу. Англомовна версія цього документа, використана для перекладу цього документа повинна бути доступна для персони яка слугувала в якості перекладача між Вами та ГД або призначеним спеціалістом під час підпису цього документу. Вам також буде надано англомовну версію цього документа.

Ви можете зв’язатися з ГД стосовно цього дослідження за телефоном (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_ в будь-який час. Ви також можете зв’язатися з Institutional Review Board в Арканзаському Університеті Медичних Наук за телефоном (501) 686-5667 якщо у Вас виникли будь-які питання стосовно Ваших прав як учасника дослІдження, або якщо у Вас виникне необхідність в розмові з особою, що незадіяна в цьому дослідженні.

Ви володієте правом відмовитися від цієї згоди та припинити участь у дослідженні в будь-який час. Задля безпеки Вашого здоров’я, будь-ласка повідомте про це ГД завчасно. У разі відмови від цієї згоди, до Вас не буде застосОвано жодних штрафних санкцій і Ви не втратите пільги на які Ви маєте право.

Підпис цього документа означає наступне: (1) Що інформація стосовно цього наукового дослідження, включаючи вищенаведену інформацію, була надано Вам вголос і (2) Що Ви погоджуєтеся на участь в цьому дослідження за своєю доброю волею.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Підпис приймаючого участь у дослідженні Дата

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Підпис свідка Дата