Pristanak za učestvovanje u istraživanju

Upitani ste da učestvujete u istraživačkoj studiji.

Prije nego pristanete, osoba koja vrši istraživanje mora vam reći o (i) svrsi, postupcima i vremenskom trajanju istraživanja, (ii) bilo kakvim postupcima koji su eksperimentalni, (iii) bilo kakvim razumno predvidivim rizicima, neudobnostima i koristi od istraživanja, (iv) svim potencijalnim alternativnim postupcima i tretmanima, i (v) načinu kako će povjerljivost biti sačuvana.

Gdje je to slučaj, osoba koja vrši istraživanje takođe vam mora reći o (i) raspoloživoj nadoknadi ili medicinskom postupku u slučaju vaše povrede; (ii) mogućnosti nepredviđenih rizika; (iii) mogućnosti da istražitelj zaustavi vaše učešće; (iv) bilo kakvim dodatnim troškovima za vas; (v) tome što će se dogoditi ako se odlučite prekinuti svoje učešće; (vi) tome kada će vam se reći o novim rezultatima istraživanja koji mogu utjecati na vašu želju da nastavite vaše učešće; i (vii) broju učesnika u studiji.

Ako se složite da učestvujete, mora vam se dati potpisana kopija ovog dokumenta i pismeni sažetak istraživanja.

Možete kontaktirati \_\_\_\_ime i prezime\_\_ na \_\_\_\_broj telefona \_\_\_\_ kad god imate pitanja o ovom istraživanju.

Možete kontaktirati \_\_\_\_ime i prezime\_\_ na \_\_\_\_broj telefona \_\_\_\_ ako imate pitanja o vašim pravima kao učesnik u istraživanju ili u slučaju da se povrijedite.

Vaše učešće u ovom istraživanju je dobrovoljno, i nećete biti kažnjeni niti izgubiti povlastice ako odbijete da učestvujete ili se odlučite prekinuti vaše učešće.

Potpisivanje ovog dokumenta znači da vam je ovo istraživanje, uključujući i gore navedene informacije, pojašnjeno usmeno, i da vi dobrovoljno pristajete na vaše učešće.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Potpis učesnika ili pravno ovlaštene osobe | Datum |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Potpis svjedoka | Datum |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Signature of Consenting Research Team Member | Date |