# Գիտական հետազոտությունում մասնակցելու համաձայնություն

|  |  |
| --- | --- |
| Հետազոտության անվանումը | [study title] |
| Հետազոտության ղեկավար | [full PI name] |
| Հովանավորի անունը | [full sponsor name] |
| IRB-ի կողմից հաստատված ժամանակահատվածը | [IRB approval period mm/dd/yyyy – mm/dd/yyyy] |
| Գիտական հետազոտության համարը | [Study#] |

Ձեզ առաջարկել են մասնակցել գիտական հետազոտությանը: Դուք վերոնշյալ գիտական հետազոտության մասին տեղեկատվությունը ստացել եք ձեր լեզվով՝ հայերենով:

Ձեզ բացատրվել է հետևյալ տեղեկատվությունը.

* Ինչ նպատակ է հետապնդում հետազոտությունը և ինչ պետք է դուք անեք հետազոտության ընթացքում
* Հետազոտության որ մասերն են գիտական բնույթ կրում և որքան ժամանակ պետք է դուք մասնակցեք հետազոտությանը
* Գիտական հետազոտության հետ կապված ռիսկերը, առավելությունները կամ անհարմարությունները ձեզ կամ այլ մարդկանց համար
* Բուժման այլ տեսակներ, որոնք կարող եք ստանալ հետազոտությանը չմասնակցելու դեպքում
* Դուք կարող եք տեսնել ձեր հետազոտության արձանագրությունները
* Ինչպես է պահպանվելու ձեր հետազոտության արձանագրությունների գաղտնիությունը

Եթե հետազոտության մասնակցության հետևանքով ձեր առողջությանը վնաս հասցվի, ձեզ պատշաճ կերպով բժշկական օգնություն կցուցաբերվի Նյու Յորքի համալսարանի բժշկական ինստիտուտի կողմից: Ամեն դեպքում, դուք պետք է վճարեք այդ բուժօգնության համար՝ ձեր բժշկական ապահովագրության միջոցով և/կամ այլ բժշկական ապահովագրական ծառայությունների միջոցով: Ձեզ դրամական միջոցներ չեն տրվելու:

Եթե հարցեր ունեք հետազոտության, կողմնակի ազդեցությունների կամ գիտական հետազոտության հետևանքով առողջությանը պատճառած վնասների վերաբերյալ, կարող եք զանգահարել Daniel Cho, MD 212-731-5871 հեռախոսահամարով:

Եթե շտապ օգնության անհրաժեշտություն ունեք, կարող եք զանգահարել 911 կամ գնալ Շտապ օգնության բաժանմունք:

Եթե հարցեր ունեք որպես հետազոտության մասնակից ձեր ունեցած իրավունքների վերաբերյալ, կարող եք զանգահարել Ինստիտուցիոնալ վերահսկողության խորհրդի (IRB) գրասենյակ՝ 212-263-4146 հեռախոսահամարով: IRB-ն գիտական հետազոտությունը վերահսկող հանձնաժողովն է այս ինստիտուտում:

Ձեզ կտրամադրվի սույն համաձայնության ձևի ստորագրված օրինակը: Նաև ձեզ կտրամադրվի գիտական հետազոտության գրավոր ամփոփագիրը:

Հետազոտությանը մասնակցելը կամավոր է: Դուք ցանկացած պահի կարող եք փոխել ձեր որոշումը հետազոտությանը մասնակցելու համար, դա չի անդրադառնա այս ինստիտուտում ձեր հետագա բուժման վրա:

Եթե դուք ստորագրում եք սույն ձևը, նշանակում է, որ գիտական հետազոտությունը, այդ թվում նաև՝ վերոնշյալ տեղեկատվությունը բանավոր կերպով ներկայացվել են ձեզ և, որ դուք կամավոր կերպով համաձայնում եք մասնակցել հետազոտությանը:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Մասնակիցը** | **(անունը տպատառ)** | **Ամսաթիվը** |  |
| Ստորագրությունը |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Վկան** | **(անունը տպատառ)** | **Ամսաթիվը** |  |
| Ստորագրությունը |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **թարգմանիչը** | **(անունը տպատառ)** | **Ամսաթիվը** |  |
| Ստորագրությունը |  |