# Miratim i Pjesëmarrjes në një Studim Kërkimor

|  |  |
| --- | --- |
| Titulli i Studimit | [study title] |
| Studiuesi Kryesor | [full PI name] |
| Emri i Financuesit | [full sponsor name] |
| Periudha e Miratuar nga IRB | [IRB approval period mm/dd/yyyy – mm/dd/yyyy] |
| Numri i Kërkimit | [Study#] |

Ju është kërkuar që të merrni pjesë në një studim kërkimor. Ju kanë treguar për studimin kërkimor të dhënë më sipër në gjuhën tuaj: Shqip.

U është shpjeguar informacioni i mëposhtëm:

* Pse po bëhet ky studim dhe se ç’farë do të bëni gjatë studimit
* Cilat pjesë të studimit janë studime kërkimore dhe për sa kohë do të qëndroni në studim
* Ndonjë rrezikshmëri, përfitim ose shqetësim që vjen nga kërkimi për ju ose të tjerë
* Mjekime të tjera që mund të merrni nëse nuk merrni pjesë në studim
* Kush mund t'i shikojë dokumentet tuaja të studimit
* Si do të mbahen të fshehta dokumentet tuaj të studimit

Nëse dëmtoheni nga pjesëmarrja në studimit, do të merrni kujdes mjekësor dhe mjekim siç është e nevojshme nga NYU Langone Health. Megjithatë, duhet të paguani për një trajtim të tillë mjekësor, drejtpërdrejt ose nëpërmjet sigurimit tuaj mjekësor dhe/ose formave të tjera të mbulimit mjekësor. Nuk do t'ju jepen para.

Nëse keni ndonjë pyetje në lidhje me studimit, efektet anësore ose një dëmtim që u shkaktua nga kërkimi mund t'i telefononi [name of person or department] në [phone number].

Nëse keni nevojë për kujdes urgjent mund t'i telefononi 911 ose të shkoni në Departamentin e Urgjencës.

Nëse keni ndonjë pyetje në lidhje me të drejtat tuaja si një subjekt kërkimor mund t'i telefononi zyrës së Këshillit të Shqyrtimit Institucional (Institutional Review Board, IRB) në 212-263-4146. IRB është një komitet që mbikqyr punën kërkimore në këtë Institucion.

Do t'ju jepet një kopje e nënshkruar e këtij formulari të miratimit. Gjithashtu do të merrni një përmbledhje të shkruar mbi këtë kërkim.

Pjesëmarrja në studim është me dëshirë. Mund t’a ndryshoni vendimin tuaj për të marë pjesë në studim në çdo kohë pa ndonjë ndikim në kujdesin tuaj të ardhshëm në këtë instuticion.

Nënshkrimi i këtij formulari tregon se kërkimi, përfshirë informacionin e mësipërm, u është përshkruar me gojë dhe se ratë dakort me dëshirë për të marë pjesë në këtë studim.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Subjekti** | **(emri me shkonja shtypi)** | **Data** |  |
| Nënshkrimi |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dëshmitari/Përkthyesi** | **(emri me shkonja shtypi)** | **Data** |  |
| Nënshkrimi |  | | |