# Acord de participare la studiu de cercetare

|  |  |
| --- | --- |
| Titlul studiului | [titlu studiu] |
| Investigatorul principal | [nume complet IP] |
| Numele sponsorului | [nume complet sponsor] |
| Perioada de aprobare IRB | [Perioadă de aprobare IRB zz/ll/aaaa – zz/ll/aaaa] |
| Numărul de cercetare | [#studiu] |

Vi s-a solicitat să participați la un studiu de cercetare. Ați fost informat cu privire la studiul de cercetare menționat anterior, în limba dumneavoastră: Română

Vi s-au explicat următoarele informații:

* Care este scopul studiului și ce trebuie să faceți pe parcursul studiului
* Care părți ale studiului sunt legate de procesul de cercetare și cât timp veți participa la acest studiu
* Orice riscuri, beneficii sau senzații de disconfort cu care dumneavoastră sau ceilalți vă puteți confrunta pe parcursul studiului
* Alte tratamente pe care le puteți urma dacă nu participați la studiu
* Cine vă poate vedea fișele de studiu
* Confidențialitatea fișelor dumneavoastră de studiu

Dacă, pe parcursul studiului veți suferi reacții adverse, veți primi îngrijiri medicale și tratament la Școala de medicină din cadrul New York University. Cu toate acestea, trebuie să plătiți pentru un astfel de tratament medical, direct sau prin asigurarea medicală și/sau alte forme de asigurare medicală. Nu veți primi bani.

Dacă aveți întrebări cu privire la studiu, la reacțiile adverse sau cu privire la posibilele vătămări produse din cauza studiului, puteți apela [numele persoanei sau departamentului], la numărul [număr de telefon].

Dacă aveți nevoie de îngrijiri medicale de urgență, puteți suna la 911 (112) sau puteți să vă prezentați la secția de urgențe.

Dacă aveți întrebări cu privire la drepturile dvs. în calitate de participant la studiul de cercetare, puteți apela Biroul Comitetului de Evaluare Instituțională (IRB), la numărul 212-263-4146. IRB este un comitet care supraveghează cercetarea desfășurată în cadrul acestei instituții.

Veți primi o copie semnată a acestui acord de participare. De asemenea, veți primi un rezumat scris despre acest studiu de cercetare.

Participarea la studiu este voluntară. Vă puteți răzgândi cu privire la participarea la studiu în orice moment, fără a vă afecta viitoarele acțiuni de îngrijire medicală primite în cadrul acestei instituții.

Semnarea acestui formular înseamnă că studiul de cercetare, inclusiv informațiile de mai sus, v-au fost prezentate oral și că sunteți de acord să participați la acest studiu, în mod voluntar.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Participant** | **(imprimați numele)** | **Data** |  |
| Semnătura |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Martor** | **(imprimați numele)** | **Data** |  |
| Semnătura |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Traducător** | **(imprimați numele)** | **Data** |  |
| Semnătura |  |