# Согласие на участие в научном исследовании

|  |  |
| --- | --- |
| Название исследования | [название исследования] |
| Главный исследователь | [имя/фамилия главного исследователя] |
| Наименование спонсора | [полное наименование спонсора] |
| Период, на который получено одобрение Экспертного совета медицинского учреждения (IRB) | [период действия одобрения IRB в формате мм/дд/гггг – мм/дд/гггг] |
| Номер исследования: | [Study#] |

Вас пригласили для участия в научном исследовании. Вам рассказали об указанном выше научном исследовании на родном языке (русском).

Вы получили следующие разъяснения:

* Цель проведения исследования и Ваша роль как субъекта исследования
* В чем заключается научный характер исследования и как долго продлится Ваше участие
* Любые риски, преимущества или неудобства, связанные с данным исследованием, для Вас и других людей
* Другие способы лечения, которые Вам могут предоставить, если Вы не примете участвовать в исследовании
* Кто может получить доступ к Вашей медицинской документации
* Как будет соблюдаться конфиденциальность Вашей медицинской документации

Если Вашему здоровью будет нанесен ущерб в связи с участием в исследовании, Вам будут предоставлены медицинский уход и лечение в NYU Langone Health. Однако в этом случае Вам придется оплачивать такое лечение самостоятельно или через медицинскую страховку и/или другие формы страхового покрытия медицинского обслуживания.

По всем вопросам относительно исследования, побочных эффектов или ущерба, нанесенного Вашему здоровью в ходе участия в исследовании, обращайтесь к [имя и фамилия лица или название отдела] по телефону [номер телефона].

Если Вам потребуется экстренная медицинская помощь, звоните по телефону 911 или обратитесь в пункт экстренной медицинской помощи.

По всем вопросам относительно Ваших прав как субъекта научного исследования обращайтесь в Экспертный совет медицинского учреждения (IRB) по телефону 212-263-4110. IRB — это комитет, осуществляющий контроль за проведением научных исследований в данном медицинском учреждении.

Вы получите подписанный экземпляр данной формы согласия. Вы также получите краткое описание данного исследования.

Ваше участие в данном исследовании является добровольным. Вы можете отказаться от участия в исследовании в любое время, и это не повлияет на предоставление Вам лечения в рамках данного медицинского учреждения в дальнейшем.

Подписывая данную форму, Вы подтверждаете, что Вам устно объяснили суть исследования, включая информацию, предоставленную выше, и что Вы добровольно соглашаетесь на участие в данном исследовании.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Субъект** | **(имя и фамилия печатными буквами)** | **Дата** |  |
| Подпись |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Свидетель/переводчик** | **(имя и фамилия печатными буквами)** | **Дата** |  |
| Подпись |  | | |