# Συναίνεση για Συμμετοχή σε Ερευνητική Μελέτη

|  |  |
| --- | --- |
| Τίτλος Μελέτης | [study title] |
| Κύριος Ερευνητής | [full PI name] |
| Όνομα Χορηγού | [full sponsor name] |
| Περίοδος Έγκρισης ΕΣΕ | [IRB approval period mm/dd/yyyy – mm/dd/yyyy] |
| Αριθμός έρευνας | [Study#] |

Σας έχει ζητηθεί να συμμετάσχετε σε μία ερευνητική μελέτη. Έχετε ενημερωθεί για την ερευνητική μελέτη   
που καταγράφεται παραπάνω στην γλώσσα σας: Ελληνικά.

Οι ακόλουθες πληροφορίες σας έχουν εξηγηθεί:

* Γιατί γίνεται η μελέτη και τι πρέπει να κάνετε κατά την διάρκεια της μελέτης
* Ποια μέρη της μελέτης αποτελούν έρευνα και πόσο καιρό θα είστε στην μελέτη
* Τυχόν κίνδυνοι, οφέλη, ή ενοχλήσεις της έρευνας για εσάς ή για άλλους
* Άλλη αγωγή που μπορείτε να έχετε εάν δεν συμμετάσχετε στην μελέτη
* Ποιος μπορεί να δει τα αρχεία σας από την μελέτη
* Πώς τα αρχεία σας από τη μελέτη θα παραμείνουν απόρρητα

Εάν υποστείτε σωματική βλάβη από την συμμετοχή σας στην μελέτη, θα λάβετε ιατρική φροντίδα και θεραπεία ως απαιτείται από την Πανεπιστημιακή Ιατρική Σχολή της Νέας Υόρκης. Ωστόσο, θα χρεωθείτε για αυτή την ιατρική θεραπεία, απευθείας ή μέσω της ασφάλισης υγείας σας ή/και από άλλους τύπους υγειονομικής κάλυψης. Δεν θα λάβετε χρήματα.

Εάν έχετε κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τη μελέτη, τις παρενέργειες ή τη σωματική βλάβη που μπορεί   
να προκαλέσει η έρευνα μπορείτε να καλέσετε τον/την [name of person or department] στο [phone number].

Εάν χρειάζεστε άμεση φροντίδα μπορείτε να καλέσετε στο 911 ή να πάτε στο Τμήμα Επειγόντων.

Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με τα δικαιώματά σας ως αντικείμενο έρευνας μπορείτε να καλέσετε το Γραφείο του Επιστημονικού Συμβουλίου Ελέγχου (ΕΣΕ) στο 212-263-4146. Το ΕΣΕ είναι μία επιτροπή που επιβλέπει την έρευνα στο Ίδρυμα αυτό.

Θα σας δοθεί ένα υπογεγραμμένο αντίτυπο του παρόντος εντύπου συγκατάθεσης. Θα λάβετε επίσης μία γραπτή σύνοψη σχετικά με την έρευνα.

Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική. Μπορείτε να αλλάξετε γνώμη για τη συμμετοχή σας στη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να επηρεαστεί η μελλοντική σας φροντίδα στο παρόν ίδρυμα.

Υπογράφοντας το παρόν έντυπο σημαίνει πως η έρευνα, συμπεριλαμβανομένων των παραπάνω πληροφοριών, σας έχει περιγραφεί προφορικά και πως εθελοντικά συμφωνείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Συμμετέχων** | **(όνομα ολογράφως)** | **Ημερομηνία** |  |
| Υπογραφή |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Μάρτυρας/Μεταφραστής** | **(όνομα ολογράφως)** | **Ημερομηνία** |  |
| Υπογραφή |  | | |