

Имя Ведущего Исследователя: \_\_\_\_\_

Название Исследования: \_\_\_\_\_



## **Иллинойский Университет в Чикаго**

### **Согласие на участие в научном исследовании**

#### **Краткая форма для тех, кто не читает по-английски**

Вас просят принять участие в научном исследовании.

Прежде, чем Вы согласитесь принять участие в исследовании, Вы должны быть информированы о следующем:

- с какой целью проводится исследование;
- что от Вас ожидается в процессе исследования (при осмотрах, тестах или другой деятельности, связанной с исследованием);
- являются ли осмотры, тесты или другая деятельность, связанная с исследованием, экспериментальной;
- какова длительность исследования;
- каковы возможный риск и дискомфорт, о которых уже известно и которые наблюдались у других людей;
- можете ли Вы ожидать какие-либо положительные эффекты от исследования;
- существуют ли какие-либо другие методы лечения, могущие оказать на Вас положительное воздействие;
- каким образом будет сохраняться конфиденциальность;

В случае проведения научного исследования исследователь также должен проинформировать Вас о следующем;

- будет ли Вам предоставлено лечение или компенсация в случае нанесения ущерба Вашему здоровью, полученного в результате исследования;
- существует ли возможность неизвестного на данный момент риска, связанного с исследованием;
- причины, по которым исследователь может прекратить Ваше участие в исследовании;
- возможны ли с Вашей стороны какие-либо расходы, связанные с участием в исследовании;

- сколько человек будет принимать участие в исследовании;

Если Вы согласны участвовать в исследовании, Вам обязаны предоставить подписанную копию этого документа и краткое письменное описание исследования.

Если во время участия в исследовании у Вас возникли какие-либо вопросы или был нанесен ущерб Вашему здоровью, Вы можете в любое время связаться с \_\_\_\_\_ по телефону \_\_\_\_\_

Если у Вас возникли вопросы относительно Ваших прав как участника исследования, Вы можете связаться с the Office for the Protection of Research Subjects (OPRS) по телефону (312) 996-1711 или 1-866-789-6215 (toll-free) или [uicirb@uic.edu](mailto:uicirb@uic.edu).

Ваше участие в исследовании является добровольным. В случае, если Вы решите прекратить своё участие в нём, к Вам не будут применены никакие санкции и Вы не понесёте никакого ущерба.

Подписание этого документа означает, что Вы получили информацию о научном исследовании в устной форме на понятном Вам языке и что Вы соглашаетесь участвовать в нём.

\_\_\_\_\_  
Подпись участника

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Фамилия участника  
(печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
Подпись свидетеля

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Фамилия свидетеля  
(печатными буквами)

Если за участника исследования этот документ подписывает Законный Представитель его интересов, то ниже он или она должны поставить свою подпись.

\_\_\_\_\_  
Подпись Законного Представителя

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Фамилия Законного Представителя  
(печатными буквами)