

Protokol Numarası:
Temel/Genel Araştırmacı:
Çalışma Yeri Sorumlu Araştırmacısı:

Dana-Farber Cancer Institute
Children's Hospital, Boston

Bir Araştırma Çalışmasına Katılmak için Onay.

Bu belgede "siz" terimi hasta veya araştırma gönüllüsü anlamına gelir. Aynı zamanda hastanın bu araştırma çalışmasına katılmasına onay vermeye yetkili kişi anlamına gelir.

Bir klinik çalışmaya (bir tür araştırma çalışması) katılmanız isteniyor. Klinik çalışmalar sadece katılmayı tercih eden hastalarla yapılır. Lütfen kararınızı aileniz ve arkadaşlarınızla görüşmek için vakit ayırın.

Katılmayı kabul etmenizden önce araştırmacı size şunları söylemelidir:

- 1) bu çalışmanın neden yapıldığı;
- 2) kaç kişinin katılacağı;
- 3) çalışmada nelerin olduğu ve hangi işlemlerin araştırma amaçlı olduğu;
- 4) çalışmada ne süreyle bulunacağınız;
- 5) risklerin ve rahatsızlık verici durumların neler olduğu;
- 6) faydaların neler olduğu;
- 7) diğer seçenek ve alternatiflerin neler olduğu;
- 8) gizliliğin nasıl korunacağı;
- 9) çalışmaya katılmanın masraflarının neler olduğu;
- 10) bir katılımcı olarak haklarınızın neler olduğu;
- 11) bir sorunuz veya probleminiz varsa kiminle irtibat kuracağınız;
- 12) bir zarar görme durumunda bir tazminat veya tıbbi tedavi sağlanıp sağlanmayacağı;
- 13) araştırmanın katılımlınızı sonlandırabileceği durumların neler olduğu ve siz çalışmadan çekilmeye karar vererseniz ne olacağı;
- 14) katılım konusundaki isteğinizi etkileyebilecek yeni bulguların size ne zaman söyleneceği.

Katılmayı kabul ederseniz size bu belgenin imzalanmış bir kopyası ve çalışma için İngilizce onayın bir kopyası verilecektir.

Çalışmayla ilgili bir sorunuz olursa veya araştırmayla ilgili olarak zarar görürseniz istediğiniz zaman _____ ile _____ numarasını kullanarak görüşebilirsiniz. Ayrıca bir araştırma hastası olarak haklarınızla ilgili bir sorunuz varsa Dana-Farber Cancer Institute Kurumsal Gözden Geçirme Kurulunu 617-632-3029 numarasından arayabilirsiniz.

Bu araştırma çalışmasına katılımınız gönüllüdür ve şimdiki veya gelecekteki bakımınız etkilenmeyecektir ve katılmamaya veya katılımınızı durdurmaya karar vererseniz herhangi bir hak kaybınız olmayacaktır.

Bu belgenin imzalanması yukarıdaki bilgiler dahil olmak üzere araştırma çalışmasının size sözlü olarak açıklandığı ve katılmayı gönüllü olarak kabul ettiğiniz anlamına gelir.

Gönüllünün/hastanın imzası
Signature of subject/patient

Tarih
Date

Şahidin imzası
Signature of witness

Tarih
Date