

HOSPITAL FOR SPECIAL SURGERY
535 East 70th Street
New York, N.Y. 10021

СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ

Приглашаем вас участвовать в клиническом исследовании.

Перед тем, как получить ваше согласие, исследователь обязан рассказать вам о следующем:

- (i) цели, процедуры и продолжительность исследования;
- (ii) все процедуры, которые являются экспериментальными;
- (iii) все риски, осложнения и преимущества исследования, которые можно с достаточными основаниями предвидеть;
- (iv) все альтернативные процедуры и терапии, от которых может быть потенциальная польза; и
- (v) как будет соблюдаться конфиденциальность.

Где применимо, исследователь также обязан рассказать вам о следующем:

- (i) любые предоставляемые компенсация или лечение в случае нанесения вреда;
- (ii) возможность непредусмотренного риска;
- (iii) обстоятельства, при которых исследователь может прекратить ваше участие;
- (iv) любые дополнительные расходы с вашей стороны;
- (v) что произойдет, если вы решите выйти из исследования;
- (vi) когда вам будет сказано о результатах, которые могут повлиять на ваше желание участвовать в исследовании; и
- (vii) сколько человек будут принимать участие в исследовании.

Если вы согласились на участие в исследовании, вам должны дать подписанную копию настоящего документа и копию информированного согласия на английском языке.

С любыми вопросами, касающимися исследования, просим обращаться к _____
по телефону ___<phone number>__ .

Если у вас есть вопросы о ваших правах как участника исследования или том, что делать, если вам нанесен вред, то можно обращаться к _____
по телефону ___<phone number>__.

Ваше участие в этом исследовании является добровольным, и если вы откажетесь от участия или решите выйти из исследования, то вы не будете наказаны и не утратите никаких льгот.

Подписание этого документа означает, что вам на словах описали клиническое исследование, включая приведенную выше информацию, и что вы добровольно согласились на участие.

Подпись участника

Дата

Подпись свидетеля

Дата