## Согласие участвовать в научном исследовании

IRB Protocol No. (исследования #) _____

Principal Investigator (Исследователь) _____

Participant's Printed Name (фамилия участника) _____

Вас просят принять участие в научном исследовании.

До того, как Вы дадите согласие, исследователь обязан предоставить Вам следующую информацию: (1) о целях, методах и продолжительности исследования; (2) о методах, являющихся экспериментальными; (3) о предполагаемом риске, дискомфорте или положительном эффекте исследования; (4) об альтернативных методах или видах лечения, обладающих потенциальным положительным эффектом; (5) о том, каким образом будет сохраняться конфиденциальность.

В определённых ситуациях исследователь также обязан проинформировать Вас о следующем: (1) предоставляемая компенсация или лечение в случае травмы; (2) вероятность непредвиденного риска; (3) обстоятельства, при которых Ваше участие в исследовании будет остановлено; (4) затраты с Вашей стороны; (5) последствия Вашего решения прекратить участие в исследовании; (6) когда Вам сообщат о новых результатах, которые могут повлиять на Ваше желание участвовать в исследовании; (7) сколько человек будет участвовать в исследовании.

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

Вы можете обращаться к _____ по телефону _____ в любое время с вопросами, касающимися исследования.

Вы можете обращаться к Human Subjects Protection Office по телефону 717-531-5687 с вопросами о своих правах как участника исследования и о том, что предпринять в случае получения травмы.

Ваше участие в этом исследовании является добровольным, и Вы не будете наказаны и не потеряете никаких льгот, если откажетесь участвовать или решите прекратить участие во время исследования.

Подписывая этот документ, Вы признаёте, что получили устную информацию (включая вышеуказанную информацию) о научном исследовании и добровольно соглашаетесь в нём участвовать.

_____ _____
подпись участника дата

_____ _____
подпись свидетеля дата