Zgoda na wzięcie udziału w badaniach naukowych

Jest Pan/Pani proszony/-a o wzięcie udziału w badaniach naukowych.

Zanim wyrazi Pan/Pani zgodę, badacz musi powiedzieć Panu/Pani o (i) celach, procedurach i okresie trwania badań; (ii) procedurach, które są eksperymentalne; (iii)  przewidywalnym ryzyku, dyskomforcie i korzyściach związanych z badaniami; (iv) potencjalnie korzystnych alternatywnych procedurach i metodach leczenia oraz (v) jak zachowana będzie poufność.

Tam, gdzie ma to zastosowanie, badacz musi także powiedzieć Panu/Pani o (i) dostępnych formach odszkodowania lub leczenia w razie wystąpienia urazów; (ii) prawdopodobieństwie nieprzewidywalnego ryzyka; (iii) okolicznościach, w których badacz może wstrzymać Pana/Pani udział; (iv) dodanych kosztach dla Pana/Pani; (v) co się stanie, jeśli zdecyduje Pan/Pani wstrzymać swój udział; (vi) kiedy zostanie Pan/Pani powiadomiony/-a o nowych faktach, które mogą wpłynąć na Pana/Pani gotowość wzięcia udziału w badaniach; oraz (vii) ile osób będzie uczestniczyło w badaniach.

Jeśli zgodzi się Pan/Pani na wzięcie udziału w badaniach, musi Pan/Pani otrzymać podpisaną kopię tego dokumentu oraz pisemne podsumowanie badań.

Jeśli ma Pan/Pani pytania dotyczące badań, może się Pan/Pani skontaktować z \_\_\_\_imię i nazwisko\_\_\_\_ pod numerem \_\_\_numer telefonu\_\_.

Jeśli ma Pan/Pani pytania dotyczące Pana/Pani praw jako przedmiotu badań lub sposobu postępowania w razie wystąpienia urazów, może się Pan/Pani skontaktować z \_\_\_\_imię i nazwisko\_\_\_\_ pod numerem \_\_\_numer telefonu\_\_.

Pani udział w tych badaniach jest dobrowolny i nie poniesie Pan/Pani kary ani nie straci żadnych świadczeń jeśli odmówi Pan/Pani wzięcia udziału w badaniach lub zdecyduje się je przerwać.

Podpis pod tym dokumentem oznacza, że badania naukowe, łącznie z powyższymi informacjami, zostały z Panem/Panią omówione ustnie, oraz że zgadza się Pan/Pani dobrowolnie na wzięcie udziału w badaniach.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| podpis uczestnika badań | data |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| podpis świadka | data |