**Short form for persons who do not read English**

**Краткая форма для лиц не читающих на английском языке**

Название научного исследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мне предложили принять участие в вышеозначенном научном исследовании. Врач или медицинская сестра рассказали мне следующее об этом исследовании:

- для чего проводится это исследование;
- что произойдёт со мной если я приму участие в этом исследовании (экзамены, тесты, лечение и так далее);
- как долго я буду участвовать в этом исследовании;
- какие части этого исследования (если таковые будут) являются экспериментальными;
- возможный риск, дискомфорт и улучшение в ходе исследования (всегда есть шанс что я могу получить побочный эффект в ходе лечения или в результате произведённого теста о котором мы пока не знаем);
- существующие альтернативы данному исследованию;
- как результаты исследования будут сохранены с необходимой конфиденциальностью;
- какую медицинскую помощь мне окажут если я пострадаю в результате этого научного исследования, и нужно ли мне будет оплачивать это лечение;
- будет ли это исследование стоить мне каких-либо денег;
- ситуации, при которых лечащий врач может отстранить меня от участия в этом исследовании;
- что произойдёт если я решу прекратить моё участие в этом научном исследовании;
- как я буду проинформирован/а о любой новой информации об этом исследовании, особенно если эта информация может повлиять на моё решение об участии в проводимом исследовании.

**Кому можно позвонить с вопросами или проблемами**

Я могу проконтактировать доктора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в клинике \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в любое время если у меня появятся вопросы о проводимом исследовании или если я думаю что я могу пострадать в результате этого исследования.

Я могу обратиться в офис компании “IRBMED” по телефону 734-763-4768
если у меня появятся вопросы о моих правах как объекта данного научного исследования.

Подпись на этой форме означает что проводимое научное исследование было мне объяснено устно на понятном мне языке. Если я соглашусь на участие в этом исследовании, я получу копию данной подписанной формы и краткое описание проводимого научного исследования. У меня будет возможность задать вопросы о проводимом исследовании. До того как я подпишу эту форму, я получу ответы на все мои вопросы к моему полному удовлетворению. Я могу не участвовать в этом научном исследовании или прекратить своё участие в любое время без потери каких-либо привилегий полагающихся мне.

Я ознакомлен/а с тем, что будет проводиться в ходе исследования. Я также знаю о возможных хороших или плохих (полезных или рискованных) последствиях которые могут произойти во время моего участия в этом научном исследовании. Я выбираю участие в данном научном исследовании. Я знаю что я могу прекратить  своё участие в любое время и при этом иметь возможность получить обычную медицинскую помощь.

Подпись участника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись свидетеля\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись переводчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 <*End of Translation*>