



Leadership

Toni Preckwinkle
President
Cook County Board of Commissioners

Israel Rocha, Jr.
Chief Executive Officer
Cook County Health

Board of Directors

M. Hill Hammock
Chair of the Board

David Ernesto Munar
Vice Chair of the Board

Robert Currie
Hon. Dr. Dennis Deer, LCPC, CCFC
Mary Driscoll, RN, MPH
Raul Garza
Ada Mary Gugenheim

Joseph M. Harrington
Mike Koetting
Heather M. Prendergast, MD, MS, MPH
Robert G. Reiter, Jr.
Otis L. Story, Sr.

JEST TO KRÓTKI PISEMNY DOKUMENT ZGODY DLA UCZESTNIKÓW BADAŃ, KTÓRZY MÓWIĄ PO POLSKU

NINIEJSZY DOKUMENT MUSI BYĆ NAPISANY W JĘZYKU ZROZUMIALYM DLA UCZESTNIKA BADANIA

Jesteście Państwo proszeni o wzięcie udziału w badaniu naukowym.

Zanim wyrazicie Państwo zgodę, badacz musi powiadomić Państwa o (I) celu, metodach i okresie trwania badania; (II) wszelkich metodach eksperymentalnych; (III) wszelkim dającym się przewidzieć ryzyku, dyskomforcie i korzyściach płynących z badania; (IV) wszelkich potencjalnych alternatywnych metodach leczenia; i (V) sposobie zachowania poufności.

Badacz musi Państwa również powiadomić o (I) wszelkich dostępnych odszkodowaniach lub leczeniu w wypadku utraty zdrowia; (II) możliwości nieprzewidzianego ryzyka; (III) okolicznościach, w których badacz może przerwać Państwa uczestnictwo w badaniu; (IV) wszelkich dodatkowych dla Państwa kosztach; (V) skutkach ewentualnego przerwania przez Państwa udziału w badaniu; (VI) kiedy zostaniecie Państwo powiadomieni o nowych odkryciach, które mogą wpłynąć na Państwa gotowość do uczestnictwa; i (VII) ile osób będzie brało udział w badaniu.

Jeśli wyrazicie Państwo zgodę na wzięcie udziału, musicie otrzymać podpisaną kopię tego dokumentu oraz krótki opis samego badania.

Możecie Państwo skontaktować się z (imię i nazwisko badacza) _____ pod (numer telefonu) _____, kiedykolwiek będziecie mieć pytania dotyczące badania naukowego.

Możecie Państwo skontaktować się z Komitetem Badań Naukowych Urzędu Ochrony Zdrowia Hrabstwa Cook pod numerem telefonu (312) 864-4821 w godzinach pracy, jeśli będziecie mieć pytania dotyczące Państwa praw jako uczestników badania.

Państwa uczestnictwo w tym badaniu naukowym jest dobrowolne, a decyzja odmowy lub przerwania udziału nie pociągnie za sobą żadnych sankcji ani utraty świadczeń.

Podpisanie tego dokumentu oznacza, że badanie naukowe, włącznie z powyższą informacją, zostało Państwu ustnie wyjaśnione i że dobrowolnie wyrażacie Państwo zgodę na uczestnictwo.

_____ Imię i nazwisko uczestnika badania (imię i nazwisko drukowanymi literami)	_____ Podpis uczestnika	_____ Data
---	----------------------------	---------------

_____ Imię i nazwisko świadka (imię i nazwisko drukowanymi literami)	_____ Podpis świadka	_____ Data
---	-------------------------	---------------

* Świadek może być tłumaczem, chyba że tłumacz jest również osobą uzyskującą zgodę.