



## 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.

ЭТО КРАТКАЯ ФОРМА ПИСЬМЕННОГО СОГЛАСИЯ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ ГОВОРЯТ НА \_\_\_\_\_

НАСТОЯЩИЙ ДОКУМЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ НАПИСАН НА ЯЗЫКЕ, ПОНЯТНОМ УЧАСТНИКУ ИССЛЕДОВАНИЯ

Вас просят принять участие в научном исследовании.

Прежде чем Вы согласитесь, исследователь должен рассказать Вам о (I) цели, процедурах, продолжительности исследования; (II) любые экспериментальные процедуры; (III) любые предсказуемые риски, неудобства и преимущества исследований; (IV) любые потенциальные альтернативные процедуры или методы лечения; и (V) как будет поддерживаться конфиденциальность.

Исследователь также должен сообщить Вам о (I) любой доступной компенсации или лечении в случае получения травмы; (II) возможность непредвиденных рисков; (III) обстоятельства, при которых исследователь может приостановить Ваше участие; (IV) любые дополнительные расходы для Вас; (V) что произойдет, если вы решите прекратить участие; (VI) когда Вам сообщат о новых результатах, которые могут повлиять на Вашу готовность участвовать; и (VII) сколько людей будет участвовать в исследовании.

Если Вы согласны участвовать, Вам должны предоставить подписанную копию этого документа и письменное резюме исследования.

Вы можете связаться с (имя исследователя) \_\_\_\_\_ по (номер телефона) \_\_\_\_\_ каждый раз, когда у Вас могут возникать вопросы об исследовании.

Если у Вас есть вопросы о правах как участника исследования, Вы можете связаться с **Институциональным наблюдательным советом округа Кук** по телефону (312) 864-4821 в рабочее время.

Ваше участие в этом исследовании является добровольным, и Вы не будете наказаны или потеряете льготы, если откажетесь участвовать или решите прекратить.

Подписание этого документа означает, что исследование, включая приведенную выше информацию, было разъяснено Вам в устной форме и что Вы добровольно соглашаетесь участвовать в нем.

\_\_\_\_\_  
Имя участника исследования

\_\_\_\_\_  
Подпись участника исследования

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Имя свидетеля

\_\_\_\_\_  
Подпись свидетеля

\_\_\_\_\_  
Дата

\* Свидетель может быть переводчиком, если только переводчик не является лицом, получающим согласие.