



Baskıyı Kullanın ya da Yazdırın:

Deneğin Adı:

DOB:

Hastanın Adı:

Cinsiyet:

**Protokol Başlığı:****Asıl Araştırmacı:**

---

### Araştırmaya Katılım için Kısa Rıza Formu

Sizden bir araştırma çalışmasına katılmayı isteyip istemediğiniz soruluyor. Çalışmaya katılmaya razı olmadan önce çalışma ekibinin bir üyesinin araştırma hakkında size bazı bilgiler vermesi gereklidir. Size şunlar bildirilecektir:

- araştırmanın amacı
- araştırma sırasında size ne olacak
- araştırma ne kadar sürecek ve sizden ne kadar süre katılımında bulunmanız istenecek
- araştırmanın deneysel kısımları (test edilen şey)
- riskler veya araştırmanın size zarar veya rahatsızlık hissi verebilecek kısımları
- araştırmadan sizin veya diğer kişilerin elde edebileceği faydalar
- araştırmaya faydadan daha çok size faydalı olabilecek tedaviler veya işlemler (alternatif seçenekler)
- bilgilerinizi paylaşacak kimselerin kimlikleri
- gizliliğinizin ve bilgilerinizin mahremiyetinin nasıl korunacağı.

Eğer bu çalışma için geçerli ise çalışma personelinin aşağıdaki bilgileri de size bildirmesi gereklidir.

- eğer araştırma çalışması sırasında yaralanırsanız herhangi bir tazminat (para veya ücretsiz tıbbi tedavi) alıp almayacağınız
- şu anda bilmediğimiz fakat gelecekte olabilecek risklerin olup olmadığı
- araştırmacıların sizin çalışmaya katılımınızı durduracak nedenlerin olup olmadığı
- çalışmaya katılımınızın size olacak herhangi bir maliyeti
- çalışmaya katılımınızı durdurmak isterseniz ne olacağı
- çalışmaya katılım konusunda fikrinizi değiştirebilecek yeni bulguların size ne zaman bildirileceği
- çalışmaya kaç kişinin katılacağı.

Yukarıdaki bütün bilgiler size verildikten sonra çalışma personeli çalışmaya katılıp katılmayacağınızı soracaktır. Kabul etmeniz halinde, personel bu formu imzalamanızı talep edecektir. Bu formun kendi lisanınızda imzalanmış bir kopyası size verilmelidir. Araştırmanın yazılı bir özeti de İngilizce olarak size verilecektir.

Araştırma veya yaralanırsanız ne yapmanız gerektiği hakkında sorularınız olursa her zaman için siz veya çevirmeniniz \_\_\_\_\_'e \_\_\_\_\_'dan telefon edebilirsiniz. Araştırma deneği olarak haklarınız hakkında sorularınız olursa siz veya çevirmeniniz 617-355-7052 nolu telefondan Boston Children's Hospital Committee on Clinical Investigation (Boston Çocuk Hastanesi Klinik Araştırma Komitesi)'ne ulaşabilirsiniz.

Bu araştırma çalışmasına katılıp katılmamaya karar vermekte serbestsiniz. Karar size bağlıdır. Çalışmaya katılmamaya karar verebilirsiniz. Katılmaya karar verip herhangi bir zamanda bırakabilirsiniz. Katılmamaya veya bırakmaya karar verirsiniz haklarınızdan herhangi bir şey kaybetmezsiniz. Kararınız ne olursa olsun personelin size karşı olan davranışı değişmeyecektir, fakat katılmaya karar verirsiniz tedavi planınız değişebilir.



MRN: \_\_\_\_\_

Hastanın Adı: \_\_\_\_\_

Bu belgeyi imzalamak demek araştırma çalışması size izah edilmiş demektir. Bu, yukarıdaki bütün bilgilerin size söylendiği manasına gelir. Bu formu imzalamanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz manasına gelir.

## **Deneğin Rızası**

■ \_\_\_\_\_  
Tarih (AA/GG/YYYY)      **Çocuk/Ergen(adölesan)** Deneğin İmzası (varsa)      \_\_\_\_\_

## **Denek ve/veya Veli/Yasal Vasi İzni**

■ \_\_\_\_\_  
Tarih (AA/GG/YYYY)      **Yetişkin Denek** ya da **Veli** ya da **Yasal Vasi** İmzası      \_\_\_\_\_  
Çocukla ilişki derecesi

■ \_\_\_\_\_  
Tarih (AA/GG/YYYY)      **Rızayı Alan Kişinin** İmzası      \_\_\_\_\_  
Yazılı İsim

■ \_\_\_\_\_  
Tarih (AA/GG/YYYY)      **Tanık\* ve Tercümanın** İmzası      \_\_\_\_\_  
Yazılı İsim

\* Tanık, araştırma protokolünün anlatıldığını ve deneye sorular sorabileceği tavsiye edildiğini temin eder