

**Συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης – Σύνομη έκδοση
Informed Consent – Short Form – OHR-8S (Greek)
Version Date – FOR OHR USE: 11/4/2019**

Κύριος Ερευνητής:
(Principal Investigator)

Τηλέφωνο:
(Telephone)

Θα θέλαμε να μάθουμε εάν επιθυμείτε να λάβετε μέρος σε μια ερευνητική μελέτη. Πρωτού αποφασίσετε, θα πρέπει να σας ενημερώσουμε για τα εξής:

- Τον τίτλο της μελέτης
- Τι την καθιστά ερευνητική μελέτη και σε τι διαφέρει από τη συνήθη ιατρική φροντίδα
- Τον σκοπό της έρευνας
- Πόσον καιρό θα διαρκεί η συμμετοχή σας στη μελέτη
- Ποιες διαδικασίες θα πραγματοποιηθούν, συμπεριλαμβανομένων τυχόν πειραματικών
- Τους πιθανούς κινδύνους (συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων για την αναπαραγωγή) και τα πιθανά οφέλη
- Τις εναλλακτικές επιλογές για τη συμμετοχή
- Τι πληροφορίες υγείας/δείγματα ενδέχεται να συλλεχθούν και πώς αυτές/αυτά θα χρησιμοποιηθούν και θα κοινοποιηθούν
- Πώς θα προστατευτεί η εμπιστευτικότητά σας
- Την αποζημίωση και τη θεραπεία που θα είναι διαθέσιμες για ενδεχόμενη σχετιζόμενη με την έρευνα βλάβη (εάν είναι μεγαλύτερη από την ελάχιστη πιθανή)
- Τις πληροφορίες επικοινωνίας
- Την οικειοθελή συμμετοχή σας – Μπορείτε να ζητήσετε να μην πάρετε μέρος ή να διακόψετε τη συμμετοχή σας αργότερα χωρίς κυρώσεις

Όταν αυτά εφαρμοστούν, θα πρέπει να μάθετε για τα εξής:

- Τους τυχόν απρόβλεπτους κινδύνους που μπορεί να υπάρχουν (συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων για την αναπαραγωγή)
- Την πιθανότητα πρόωρου τερματισμού της μελέτης χωρίς τη συναίνεσή σας και των διαδικασιών, εάν η μελέτη διακοπεί πρόωρα
- Κόστος και πληρωμή (εάν υπάρχει πληρωμή)
- Την ενημέρωσή σας για οποιαδήποτε αποτελέσματα των δοκιμών ή της μελέτης και για οποιαδήποτε νέα πληροφορία που ενδέχεται να σχετίζεται με την επιθυμία σας να συνεχίσετε να συμμετέχετε
- Τον αριθμό των συμμετεχόντων σε αυτήν τη μελέτη

Για ερωτήσεις σχετικά:	Άτομο ή Γραφείο	Πληροφορίες επικοινωνίας
Με αυτήν τη μελέτη και τα ιατρικά ζητήματα που σχετίζονται με αυτήν τη μελέτη, όπως η θεραπεία και η αποζημίωση	Κύριος Ερευνητής: (Principal Investigator) Ερευνητής: (Investigator)	Τηλεφωνικός αριθμός: (Phone Number) Τηλεφωνικός αριθμός: (Phone Number)
Εάν θέλετε να επικοινωνήσετε με κάποιον άλλο πέρα από το προσωπικό της μελέτης για κάποια ανησυχία ή για τα δικαιώματά σας ως συμμετέχων έρευνας	Προσωπικό εκτός μελέτης (Non-Study Personnel) (Note: These are Jefferson IRB numbers. Use numbers for other impartial parties as necessary.)	215-503-0203 215-503-8966 215-955-4239

Είναι επιλογή σας να πάρετε μέρος. Μπορείτε να επιλέξετε να μην πάρετε μέρος ή να διακόψετε τη συμμετοχή σας αργότερα χωρίς κυρώσεις. Εάν συμφωνείτε να πάρετε μέρος, θα υπογράψετε αυτό το έντυπο. Θα σας δοθεί αντίγραφο αυτού του εντύπου και του εντύπου πληροφοριών. Με την υπογραφή αυτού του εντύπου, επιβεβαιώνετε ότι οι ανωτέρω πληροφορίες σας εξηγήθηκαν, όλες οι ερωτήσεις που είχατε απαντηθούν σε ικανοποιητικό βαθμό για εσάς και ότι συμφωνείτε οικειοθελώς να πάρετε μέρος σε αυτήν την ερευνητική μελέτη.

Ονοματεπώνυμο Συμμετέχοντα ολογράφως
(Printed Name of Participant)

Υπογραφή Συμμετέχοντα
(Signature of Participant)

Ημερομηνία
(Date)

Ονοματεπώνυμο Μάρτυρα ολογράφως
(Printed Name of Witness)

Υπογραφή Μάρτυρα
(Signature of Witness)

Ημερομηνία
(Date)