

**Świadoma zgoda - skrócony formularz**  
**Informed Consent – Short Form – OHR-8S (Polish)**

**Version Date – FOR OHR USE: 11/4/2019**

Główny badacz:

(Principal Investigator)

Telefon:

(Telephone)

Chcielibyśmy zapytać, czy chciał(a)by Pan(i) wziąć udział w badaniu naukowym. Przed podjęciem decyzji musi Pan(i) zostać poinformowany(-a) o następujących kwestiach:

- Tytuł badania;
- Co sprawia, że jest to badanie naukowe i czym różni się ono od standardowej opieki medycznej;
- Cel badania;
- Jak długo potrwa Pana(-i) udział w badaniu;
- Jakie procedury zostaną wykonane, w tym procedury eksperymentalne;
- Możliwe zagrożenia (w tym zagrożenia związane z rozrodnością) i możliwe korzyści;
- Alternatywy do wzięcia udziału w badaniu;
- Jakie informacje zdrowotne/próbki mogą być gromadzone oraz w jaki sposób będą wykorzystywane i udostępniane;
- W jaki sposób chroniona będzie poufność;
- Wynagrodzenie i leczenie dostępne w przypadku ewentualnego uszczerbku na zdrowiu związanego z badaniem (jeżeli ryzyko jest większe niż minimalne);
- Informacje kontaktowe;
- Dobrowolny udział w badaniu - bez ponoszenia żadnej kary może Pan(i) zdecydować, że nie weźmie udziału lub przerwać udział w późniejszym terminie.

Jeśli poniższe kwestie mają zastosowanie, musi Pan(i) zostać poinformowany(-a) o następujących kwestiach:

- Nieprzewidziane zagrożenia dla uczestnika (w tym zagrożenia związane z rozrodnością);
- Możliwość wcześniejszego zakończenia badania bez Pana(-i) zgody i procedury przeprowadzane w przypadku wcześniejszego zakończenia badania;
- Koszt i płatność (jeśli płatność ma zastosowanie);
- Otrzymywanie informacji o wynikach testów lub badań oraz o nowych informacjach, które mogą odnosić się do chęci kontynuowania udziału w badaniu;
- Liczba uczestników tego badania.

<b>W przypadku pytań dotyczących:</b>	<b>Osoba lub biuro</b>	<b>Informacje kontaktowe</b>
Badania i problemów medycznych związanych z tym badaniem, w tym leczenia i wynagrodzenia	Główny badacz: (Principal Investigator)	Numer telefonu: (Phone Number)
	Badacz: (Investigator)	Numer telefonu: (Phone Number)
Jeśli trzeba skontaktować się z kimś innym niż personel prowadzący badanie w sprawie wątpliwości lub swoich praw jako uczestnika badania	Personel nieprowadzący badania (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

Decyzja o udziale w badaniu zależy od Pana(-i). Może Pan(i) zdecydować, że nie weźmie udziału w badaniu lub przerwać udział w późniejszym terminie bez ponoszenia żadnej kary. Jeśli zgodzi się Pan(i) wziąć udział w badaniu, podpisze Pan(i) ten formularz. Otrzyma Pan(i) kopię tego formularza oraz formularza informacyjnego. Podpisując ten formularz, potwierdza Pan(i), że wyjaśniono Panu(-i) powyższe informacje, udzielono zadowalających odpowiedzi na wszystkie pytania i dobrowolnie zgadza się Pan(i) na udział w tym badaniu naukowym.

\_\_\_\_\_  
 Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)  
 (Printed Name of Participant)

\_\_\_\_\_  
 Podpis uczestnika  
 (Signature of Participant)

\_\_\_\_\_  
 Data  
 (Date)

\_\_\_\_\_  
 Imię i nazwisko świadka (drukowanymi literami)  
 (Printed Name of Witness)

\_\_\_\_\_  
 Podpis świadka  
 (Signature of Witness)

\_\_\_\_\_  
 Data  
 (Date)