**Emory University**

**Pristanak na učestvovanje u istraživanju**

Zamoljeni ste da učestvujete u istraživanju.

Prije nego pristanete, istraživač Vas mora obavijestiti o (i) svrsi, postupcima i trajanju istraživanja; (ii) svim postupcima koji su eksperimentalni; (iii) svim objektivno predvidivim rizicima, neugodnostima i koristima istraživanja; (iv) svim potencijalno korisnim alternativnim postupcima ili tretmanima; i (v) o tome kako će se očuvati povjerljivost.

Ako je primjenjivo, istraživač Vas mora obavijestiti i o (i) svim dostupnim kompenzacijskim ili medicinskim tretmanima ukoliko dođe do ozljede; (ii) mogućnosti nepredvidivih rizika; (iii) okolnostima kada istraživač može obustaviti Vaše učestvovanje; (iv) svim dodatnim troškovima za Vas; (v) o tome šta će se desiti ako odlučite da prestanete da učestvujete; (vi) o tome kada će Vam se reći novi rezultati koji mogu utjecati na Vašu volju da učestvujete; i (vii) o tome koliko osoba učestvuje u ispitivanju.

Ako pristajete na učestvovanje, dobićete potpisani primjerak ovog dokumenta i pismeni sažetak istraživanja.

Možete se obratiti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na broj \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kad god budete imali bilo kakvih pitanja u vezi istraživanja.

Ako imate pitanja o Vašim pravima kao ispitaniku u istraživanju ili o tome šta da uradite ako se ozlijedite, možete kontaktirati Vijeće za klinička ispitivanja univerziteta Emory na broj 404-712-0720.

Vaše učestvovanje u ovom istraživanju je dobrovoljno i nećete biti kažnjeni niti ćete izgubiti beneficije ako odbijete da učestvujete ili odlučite da prestanete.

Svojim potpisom ovog dokumenta potvrđujete da Vam je istraživanje, uključujući i gore navedene informacije, usmeno opisano i da dobrovoljno pristajete da učestvujete.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis učesnika Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis svjedoka Datum