Consent to Participate in Research אישור על השתתפות במחקר את/ה מתבקש/ת להשתתף במחקר. לפני שתסכים/י, על החוקר לספר לך על: (i (מטרות, פרוצדורות (הליכים) ומשך המחקר; (ii (כל פרוצדורה (הליך) שהיא ניסיונית; (iii (כל הסיכונים הצפויים מראש, אי נוחות, ואת היתרונות של המחקר; (iv (כל ההליכים או הטיפולים החלופיים הפוטנציאליים הקיימים; ו (v (כיצד תישמר הסודיות הרפואית. כאשר העניין מתאים, על החוקר לספר לך גם על: (i (כל פיצוי זמין או טיפול רפואי אם מתרחשת פגיעה; (ii (האפשרות לסיכונים בלתי צפויים; (iii (נסיבות שבהן החוקר רשאי לעצור את השתתפותך; (iv (כל העלויות הנוספות הצפויות לך; (v (מה יקרה אם תחליט/י להפסיק את ההשתתפות במחקר; (vi (מתי ייאמר לך על ממצאים חדשים אשר עשויים להשפיע על נכונותך להשתתף; ו (vii (כמה אנשים ישתתפו במחקר. (viii (עבור ניסויים קליניים: תיאור של ניסוי קליני זה יהיה זמין ב gov.ClinicalTrials.www ,כנדרש על ידי החוק בארה"ב. אתר אינטרנט זה לא יכלול מידע שיכול לזהות אותך. לכל היותר, האתר יכלול סיכום של התוצאות. באפשרותך לחפש באתר אינטרנט זה בכל עת. אם את/ה מסכים/ה להשתתף, עליך לקבל עותק חתום של מסמך זה ובנוסף סיכום בכתב של המחקר. ניתן לפנות (שם) ב (מספר טלפון) בכל פעם שיש לך שאלות על המחקר. ניתן לפנות (שם) ב (מספר טלפון) אם יש לך שאלות על הזכויות שלך כמשתתף/ת במחקר או מה לעשות אם את/ה נפגעת. ההשתתפות שלך במחקר זה היא מרצון, ואת/ה לא תיענש/י או תאבד/י הטבות אם את/ה מסרב/ת להשתתף או להחליט להפסיק. חתימה על מסמך זה פירושה כי מחקר זה, כולל המידע הנ"ל, תואר בפניך בעל פה, וכי את/ה מסכים/ה מרצונך להשתתף. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך/זמן Time/Date חתימת המשתתף/ת participant of Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך/זמן Time/Date חתימת העד/ה witness of Signature Principal Investigator:       Application No.:       Study Title: