

დანართი 3d - ინფორმირებული თანხმობის ფორმა პაციენტისთვის და წარმომადგენლისთვის  
**ინფორმირებული თანხმობის ფორმა პაციენტისთვის და წარმომადგენლისთვის**

**CRASH-3 კვლევა**

**კვლევის სათაური:** ტრანექსამური მჟავა თავის ტვინის მნიშვნელოვანი ტრავმის სამკურნალოდ: საერთაშორისო, რანდომიზირებული, ორმაგი ბრმა, პლაცებო კონტროლირებული კვლევა

საავადმყოფოს კოდი		ადგილობრივი მთავარი მკვლევარი													
პაციენტის საავადმყოფოს საიდენტიფიკაციო ნომერი		რანდომიზაციის ნომერი	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">კოლოფი [box]</td> <td colspan="3">პაკეტი [pack]</td> </tr> </table>							კოლოფი [box]			პაკეტი [pack]		
კოლოფი [box]			პაკეტი [pack]												
პაციენტის სახელი		თუ წარმომადგენელი, მისი ნათესაობითი კავშირი პაციენტთან													

**ვერსიის ნომერი: 1 / ვერსიის თარიღი: 01/10/2011**

- ვადასტურებ, რომ წავიკითხე და გავიგე საინფორმაციო ფურცელი (ვერსიის ნომერი 1, ვერსიის თარიღი 01/10/2011) ზემოთ ხსენებული კვლევის შესახებ და მქონდა საშუალება, დამესვა შეკითხვები.
- მესმის, რომ ჩემი თანხმობა ნებაყოფლობითია და უფლება მაქვს, გამოვიტანო ეს თანხმობა ნებისმიერ დროს მიზეზის წარმოდგენის გარეშე და ისე, რომ ჩემი (პაციენტის) სამედიცინო და იურიდიული უფლებები არ იქნება შელახული.
- მესმის, რომ ჩემი (პაციენტის) სამედიცინო ჩანაწერების ნაწილი შეიძლება შესწავლილი იყოს ამ კვლევაში ჩართული პასუხისმგებელი პირების მიერ. უფლებას ვაძლევ ამ პირებს გაეცნონ ჩემს ინფორმაციას.
- უფლებას ვაძლევ, რომ ამ თანხმობის ფორმის, რომელიც შეიცავს ჩემი (პაციენტის) პირად ინფორმაციას, ასლი მიეწოდოს კვლევის მაკოორდინირებელ ცენტრს ლონდონში მხოლოდ მონიტორინგის მიზნით.
- უფლებას ვაძლევ, რომ ჩემს (პაციენტის) პირად ექიმს შეატყობონ ჩემი ამ კვლევაში მონაწილეობის შესახებ.
- თანახმა ვარ, რომ მივიღო (პაციენტმა მიიღოს) მონაწილეობა ზემოთ ხსენებულ CRASH-3 კვლევაში.

_____	_____	_____
პაციენტის/წარმომადგენლის სახელი	თარიღი	ხელმოწერა (თითის ანაბეჭდი ან რაიმე სხვა ნიშანი თუ ხელის მოწერა შეუძლებელია)
_____	_____	_____
სახელი იმ პირის, ვინც იღებს თანხმობას	თარიღი	ხელმოწერა
_____	_____	_____
მთავარი მკვლევარის სახელი	თარიღი	ხელმოწერა

პაციენტს/წარმომადგენელს არ შეუძლია ხელის მოწერა. როგორც მოწმე, ვადასტურებ, რომ კვლევის შესახებ ინფორმაცია სრულად იყო წარმოდგენილი და პაციენტი/წარმომადგენელი თანახმა იყო მონაწილეობის მიღებაზე.

_____	_____	_____
მოწმის სახელი	თარიღი	ხელმოწერა

*ორიგინალი უნდა ინახებოდეს მკვლევარის კვლევის საქაღალდეში;  
 1 ასლი გადაეცემა პაციენტს; 1 ასლი უნდა ინახებოდეს პაციენტის საავადმყოფოს ჩანაწერებთან ერთად*