

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="4">კოლოფი [box]</td> <td colspan="2">პაკეტი [pack]</td> </tr> </table>							კოლოფი [box]				პაკეტი [pack]	
კოლოფი [box]				პაკეტი [pack]											
პაციენტის სახელი		თუ წარმომადგენელი, მისი ნათესაობითი კავშირი პაციენტთან													

ვერსიის ნომერი: 1 .2/ ვერსიის თარიღი: 06/09/2016

- ვადასტურებ, რომ წავიკითხე და გავიგე საინფორმაციო ფურცელი (ვერსიის ნომერი 1.2, ვერსიის თარიღი 06/09/2016) 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*