

İŞTİRAKÇININ RAZILIQ FORMASI

GECKO



NIHR Global Health Research Unit on
Global Surgery

#	Bəyanat (Oxuyun)	İştirakçı (hər qutuda adının baş hərfi və ya barmaq izi)
1	Yuxarıda göstərilən tədqiqatla bağlı Xəstələr üçün Məlumat Vərəqini (gün / ay / il tarixli) oxudum/mənə oxundu, məlumatları nəzərdən keçirmək və suallar vermək üçün imkanım oldu.	
2	Bu tədqiqatda iştirakımın könüllü olduğunu və istənilən vaxt səbəb göstərmədən tədqiqatdan çəkile biləcəyimi anlayıram və bu mənim müalicəmin gedişinə təsir etməyəcək.	
3	Müalicəm haqqında məlumat toplamaq məqsədilə tədqiqatçıların tibbi qeydlərimə baxmasına və mənimlə əlaqə saxlamasına icazə verirəm.	
4	Bu tədqiqat işinin bir hissəsi kimi məlumatlarımın işlənməsi üçün məlumatlandırılmış razılıq verirəm. Tədqiqatla bağlı mənə aid məlumatların müalicə aldığı xəstəxanada və həmçinin İngiltərənin Birmingham Universitetində şifrələnmiş kompüter sistemlərində saxlanmasından məmnunam. Məlumatlarımı təhlükəsiz saxlamaq məqsədilə bunlar ayrıca yerdə yedəklənəcək.	
5	Risqlər, faydalar və alternativlər haqqında tam məlumatlandırılmış olaraq bu tədqiqat işində iştirak etməyə razıyam.	

İştirakçının adı	Əsas tədqiqatçının/ razılıq alan şəxsin adı
İştirakçının imzası (və ya barmaq izi)	Aşağıda imzamlarla təsdiqləyirəm ki, qeyd edilən xəstəyə tədqiqatın mahiyyətini və məqsədini başa düşə biləcəkləri şəkildə tam izah etmək üçün vaxt ayırdım. Mümkün riskləri və faydaları izah etdim. Tədqiqatın istənilən aspekti ilə bağlı onları maraqlandıran sualları verməyə dəvət etdim.
	Tədqiqatçının imzası
İştirakçı tərəfindən imzalandığı tarix gün / ay / il	Tədqiqatçı tərəfindən imzalandığı tarix gün / ay / il

3 kopya hazırlanmalıdır: xəstə, tədqiqatın xəstəxana üzrə rəhbəri və xəstəxana üçün