



FOMU YA IDHINI YA KUSHIRIKI KATIKA UTAFITI

Tumia Kiolezo au Chapisha:

Kichwa cha Itifaki:

MRN#:

TAREHE YA KUZALIWA(DOB):

Mtafiti Mkuu:

Jina la Mhusika:

Jinsia:

Idhini Fupi ya Kushiriki katika Utafiti

Unaulizwa kama ungependa kushiriki katika utafiti. Kabla hujakubali kushiriki katika utafiti, mshirika wa timu ya utafiti lazima akuambie mambo fulani kuhusu utafiti huo. Utaambiwa:

- kusudi la utafiti
- kitakachokufanyikia wakati wa utafiti
- muda ambao utafiti utachukua na muda ambao utaombwa ushiriki
- sehemu zozote za utafiti ambazo ni za majaribio (kitu kinachotaribiwa)
- hatari au sehemu zozote za utafiti zinazoweza kukuumiza au kukufanya usifurahie
- manufaa yoyote ambayo wewe au wengine watapata yanayoweza kutokana na utafiti
- matibabu au taratibu zozote zinazoweza kukunufaisha badala ya utafiti (chaguo mbadala)
- utambulisho fulani wa watakatumiwa data yako
- jinsi usiri wako na faragha ya maelezo yako itakavyolindwa.

Mfanyakazi wa utafiti lazima pia akuambie maelezo yaliyo hapa chini ikiwa yanahusika katika utafiti huu:

- kama utalipwa chochote (pesa au matibabu ya bure) kama utajeruhiwa ukiwa unashiriki katika utafiti huu
- kama huenda kukawa na hatari ambazo hatuzijui kwa sasa lakini zinaweza kutokea baadaye
- kama kuna sababu zinazoweza kufanya watafiti wakuzuie kushiriki katika utafiti
- gharama zozote unazoweza kugharamia kwa kushiriki katika utafiti
- kitakachofanyika iwapo utataka kujiondoa katika utafiti
- wakati utakapoambiwa kuhusu matokeo mapya yanayoweza kukufanya ubadilishe mawazo yako kuhusu kushiriki katika utafiti
- idadi ya watu watakaoshiriki katika utafiti.

Baada ya kuambiwa maelezo yote ya hapo juu, mfanyakazi wa utafiti atakuuliza kama unataka kushiriki katika utafiti. Ukikubali, mfanyakazi wa utafiti atakuomba utie saina fomu hii. Lazima upewe nakala iliyotiwa saina ya fomu hii kwa lugha yako. Utapewa pia muhtasari wa maandishi wa utafiti kwa Kiingereza.

Wewe au mkalimani wako anaweza kumpigia simu _____ kwa _____ wakati wowote ukiwa na maswali kuhusu utafiti au cha kufanya iwapo umejeruhiwa. Wewe au mkalimani wako anaweza kupigia simu Bodi ya Ukaguzi wa Kitaasisi (Institutional Review Board, IRB) ya Boston Children's Hospital kwa nambari 617-355-7052 ukiwa na maswali kuhusu haki zako kama mhusika katika utafiti.

Uko huru kuamua iwapo utashiriki au hutashiriki katika utafiti huu. Uamuzi ni wako. Unaweza kuamua kukataa kushiriki katika utafiti. Unaweza kuamua kushiriki katika utafiti na kujiondoa wakati wowote. Ukiamua kukataa kushiriki katika utafiti au ukiamua kujiondoa, hutapoteza manufaa yoyote uliyo na haki ya kuyapokea. Uamuzi wako hautabadilisha jinsi unavyoshughulikiwa na wafanyakazi, lakini ukiamua kushiriki katika utafiti, inaweza kubadilisha mpango wa matibabu yako.

FOMU YA IDHINI YA KUSHIRIKI KATIKA UTAFITI

MRN: _____

Jina la Mgonjwa: _____

Ukitia saini hati hii inamaanisha kwamba umefafanuliwa utafiti. Hii inamaanisha kwamba uliambiwa maelezo ya hapo juu. Ukitia saini fomu hii inamaanisha kwamba unakubali kushiriki katika utafiti.

Idhini ya Mhusika

■ _____
Tarehe (MWEZI/SIKU/MWAKA) Saini ya **Mhusika Mtoto/Kijana** (ikiwa inahusika)

Idhini ya Mhusika na/au Ruhusa ya Mzazi/Mlezi wa Kisheria

■ _____
Tarehe (MWEZI/SIKU/MWAKA) Saini ya **Mhusika Mtu Mzima** au **Mzazi** au **Mlezi wa Kisheria**

Uhusiano na mtoto

■ _____
Tarehe (MWEZI/SIKU/MWAKA) Saini ya **Shahidi* na Mkalimani** Jina kwa Herufi Kubwa

**Saini ya shahidi ni ya kuthibitisha kwamba mhusika, mzazi au mwakilishi aliyeidhinishwa kisheria alielezwa maelezo kwa maneno kwa lugha anayoelewa, na kwamba mtu huyo alipewa fursa ya kuuliza maswali.*