

BORANG KEIZINAN PESERTA

OtoSurg 1



EMORY
UNIVERSITY

#	Pernyataan (Sila Baca)
1	Saya telah membaca/telah dibacakan kepada saya Helaian Maklumat Peserta untuk kajian di atas (bertarikh [HH/BB/TTTT], versi _____) dan telah mempunyai peluang untuk mempertimbangkan maklumat dan bertanya soalan.
2	Saya faham bahawa penyertaan saya dalam kajian ini adalah sukarela dan saya boleh menarik diri pada bila-bila masa tanpa memberikan alasan. Saya faham bahawa menarik diri tidak akan menjejaskan penjagaan perubatan masa depan saya.
3	Saya memberi kebenaran kepada penyelidik untuk melihat rekod perubatan saya untuk mendapatkan maklumat mengenai penjagaan saya, dan untuk menghubungi saya sebagai sebahagian daripada kajian penyelidikan ini.
4	Saya memberikan keizinan termaklum dan jelas untuk data saya diproses sebagai sebahagian daripada kajian penyelidikan ini. Saya memberikan keizinan jelas untuk maklumat mengenai saya yang berkaitan dengan kajian disimpan pada sistem komputer yang dilindungi kata laluan di hospital saya dan juga di Universiti Emory di Amerika Syarikat. Ini akan disandarkan di lokasi berasingan untuk memastikan maklumat saya selamat.
5	Saya bersetuju untuk mengambil bahagian dalam kajian penyelidikan ini setelah dimaklumkan sepenuhnya mengenai risiko, faedah, dan alternatif.

Nama Peserta (Huruf Besar): Tandatangan (atau cap jari) Peserta: Tarikh _____ [HH/BB/TTTT] borang ditandatangani (atau dicap jari) oleh Peserta:	Nama Penyelidik Utama, Ahli Pasukan Penyelidik, atau Kakitangan Hospital yang mengambil keizinan: Saya, yang bertandatangan di bawah, telah meluangkan masa untuk menjelaskan sepenuhnya kepada pesakit di atas sifat dan tujuan kajian ini dengan cara yang mereka fahami. Saya telah menjelaskan risiko yang terlibat serta kemungkinan faedah. Saya telah menjemput mereka untuk bertanya soalan mengenai mana-mana aspek kajian yang membimbangkan mereka. Tandatangan Penyelidik Utama/Ahli Pasukan/Kakitangan: Tarikh _____ [HH/BB/TTTT] borang ditandatangani oleh Penyelidik Utama, Ahli Pasukan Penyelidik, atau Kakitangan Hospital:
---	--

3 salinan perlu dibuat: 1 untuk pesakit/keluarga, 1 untuk pasukan penyelidik, dan 1 untuk hospital