**Σύντομο έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή σε έρευνα**

Σας ζητείται να συμμετάσχετε σε μια ερευνητική μελέτη.

Πριν συμφωνήσετε, ο ερευνητής πρέπει να σας ενημερώσει για τα ακόλουθα:

1. Τους σκοπούς, τις διαδικασίες και τη διάρκεια της έρευνας.
2. Οποιεσδήποτε διαδικασίες που είναι πειραματικές.
3. Οποιουδήποτε είδους εύλογα προβλέψιμους κινδύνους, ενοχλήσεις και οφέλη της έρευνας.
4. Οποιεσδήποτε δυνητικά ευεργετικές εναλλακτικές διαδικασίες ή θεραπείες.
5. Πώς θα διατηρηθεί η εμπιστευτικότητα.

Κατά περίπτωση, ο ερευνητής θα σας παρουσιάσει τις βασικές πληροφορίες για την ερευνητική μελέτη, πριν παρουσιάσει άλλες πληροφορίες.

Κατά περίπτωση, ο ερευνητής πρέπει επίσης να σας ενημερώσει για τα ακόλουθα:

1. Οποιουδήποτε είδους διαθέσιμη αποζημίωση ή ιατρική θεραπεία, εάν προκληθεί βλάβη στην υγεία.
2. Την πιθανότητα για απρόβλεπτους κινδύνους.
3. Τις περιστάσεις κατά τις οποίες ο ερευνητής μπορεί να διακόψει τη συμμετοχή σας.
4. Τυχόν επιπρόσθετο κόστος με το οποίο μπορεί να επιβαρυνθείτε.
5. Τι θα συμβεί εάν αποφασίσετε να διακόψετε τη συμμετοχή σας.
6. Πότε θα ενημερωθείτε για τα νέα ευρήματα που μπορεί να επηρεάσουν τη βούλησή σας για συμμετοχή.
7. Πόσα άτομα θα λάβουν μέρος στη μελέτη.

Μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον/την [Insert name of PI] στο τηλέφωνο [Insert phone number], εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με την ερευνητική μελέτη ή για τις ενέργειες που πρέπει να κάνετε, εάν υποστείτε βλάβη στην υγεία σας.

Μπορείτε να επικοινωνήσετε με το επιστημονικό συμβούλιο εγκρίσεων της Castle, Castle Institutional Review Board (Castle IRB), στο τηλέφωνο (888) 442-2472 ή στη διεύθυνση [irbteam@castleirb.com](mailto:irbteam@castleirb.com), εάν έχετε ερωτήσεις ή προβληματισμούς για τα δικαιώματά σας ως συμμετέχων(ουσα) στην έρευνα.

Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εντελώς οικειοθελής. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε ή να αποφασίσετε να σταματήσετε οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να υποστείτε αρνητικές συνέπειες ή απώλεια παροχών τις οποίες δικαιούστε.

Η υπογραφή σας σε αυτό το έγγραφο σημαίνει ότι σας έχει δοθεί προφορική περιγραφή της ερευνητικής μελέτης, συμπεριλαμβανομένων των παραπάνω πληροφοριών, και εσείς συμφωνείτε οικειοθελώς να λάβετε μέρος σε αυτή. Εάν συμφωνήσετε να λάβετε μέρος, πρέπει να σας δοθεί ένα υπογεγραμμένο αντίγραφο αυτού του εγγράφου και μια γραπτή περίληψη της έρευνας.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Υπογραφή συμμετέχοντος(ουσας) Ημερομηνία

Signature of Participant Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Υπογραφή μάρτυρα παρόντος κατά τη διαδικασία συγκατάθεσης Ημερομηνία

Signature of Witness to Consent Process Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Υπογραφή του ατόμου που λαμβάνει τη συγκατάθεση Ημερομηνία

Signature of Person Obtaining Consent Date