

## זכויות המשתתפים במחקרים רפואיים

להלן רשימת זכויות של כל אדם שנתבקש להשתתף במחקר רפואי. בתור משתתף במחקר רפואי, זכותי:

- (1) לקבל מידע אודות מטרת המחקר,
- (2) לקבל מידע על מה שצפוי לי, ואם ישנם נוהלים, תרופות או מתקנים שהינם שונים מאלה שנעשה בהם שימוש בטיפולים סטנדרטיים,
- (3) לקבל מידע על הסיכונים, השפעות הלוואי ואי הנוחות התכופים ו/או החשובים של דברים שיעשו לי למטרות מחקר,
- (4) לקבל מידע על תועלת כלשהי שצפויה לי כתוצאה מהשתתפותי במחקר, ואם כן, מה טיבה של תועלת צפויה זו,
- (5) לקבל מידע לגבי אפשרויות אחרות העומדות לרשותי, ועל היותן טובות או גרועות יותר מבחינתי כתוצאה מהשתתפותי במחקר,
- (6) לשאול כל שאלה שיש לי בנוגע למחקר, הן בטרם אסכים להשתתף והן במהלך המחקר,
- (7) לקבל מידע על הטיפול הרפואי שיעמוד לרשותי במידה ויהיו סיבוכים כלשהם,
- (8) לסרב להשתתף בכלל או לשנות את דעתי לגבי השתתפותי במחקר לאחר שהחל. החלטתי זו לא תשפיע על זכותי לקבל את הטיפול שהייתי מקבל אילו לא הייתי במחקר,
- (9) לקבל עותק של טופס ההסכמה, לאחר חתימה ורישום תאריך,
- (10) לקבל החלטה לגבי השתתפותי במחקר ללא לחצים חיצוניים.

אם יש לי שאלות אחרות, עלי לשאול את החוקר/ת או את עוזר/ת המחקר. כמו כן, אני רשאית/ת לפנות אל הוועדה למחקרים רפואיים בבני אדם, שעוסקת בהגנה על מתנדבים במחקרים רפואיים. אוכל לפנות אל הוועדה טלפונית, במספר טלפון 476-1814 (415), בשעות 8:00 עד 17:00, יום ב' עד יום ו', או בכתב, לפי הכתובת המופיעה להלן:

UCSF Human Research Protection Program, Box 0962  
3333 California St., Ste. 315  
San Francisco, CA 94143

Researchers: If using the [“short form” method](#) of consent, affirm the following and obtain the signatures below:

The elements of consent were presented orally on \_\_\_\_\_ (date).

\_\_\_\_\_  
Subject Signature

\_\_\_\_\_  
Witness Signature