Study Team Instructions: Please see Appendix A-10 of HRP-103 Investigator Manual for information about using this form.

**مهم معلومات:**

**دغه سند باید ستاسو په ژبه ولیکل شي**

په څېړنه کې د ګډون لپاره رضایت – لنډ فورم

**د تحقیقاتي څېړنې عنوان: insert title**

|  |  |
| --- | --- |
| **د څېړونکو نومونه** | **د ټلیفون شمېرې** |
|  |  |

په دغه څېړنه کې ستاسو د ګډون اړوند بیړني حالت په صورت کې، مهرباني وکړئ 911 ته زنګ ووهئ

***دغه سند باید ستاسو په ژبه ولیکل شي***

**د رضایت لنډ فورم**

**په څېړنه کې د ګډون لپاره رضایت – لنډ فورم**

# مقدمه

په سيټل چلډرن (Seattle Children) کې یو شمېر تحقیقاتي څېړنې کېږي. د څېړنې عمومي موخه د نوې پوهې ترلاسه کول دي. ماشومان په څېړنیزو فعالیتونو کې ښکېلېږي چې نوې پوهه ترلاسه کړي او چې د ماشومانو روغتیاپالنه وده وکړي.

له تاسو غوښتنه شوې چې په یوه تحقیقاتي څېړنه کې ګډون وکړئ یا مو ماشوم ته د ګډون کولو اجازه ورکړئ. په دغه څېړنه کې ګډون **داوطلبانه دی**. موږ مو هڅوو چې صبر وکړئ او د دغې تحقیقاتي څېړنې په اړه له خپلې کورنۍ او ملګرو سره خبرې وکړئ.

که تاسو یا ستاسو ماشوم ګډون وکړي او که نه، تاسو به د ماشومانو له روغتون څخه غوره پاملرنې اخیستو ته دوام ورکوئ. ستاسو پرېکړه به پر هغه پاملرنه اغېز ونه کړي چې تاسو او ستاسو ماشوم یې ترلاسه کوي.

په یوه تحقیقاتي څېړنه کې د ګډون په اړه له پرېکړې وړاندې به څېړونکي معلومات درکړي. دغه معلومات به له تاسو سره په پرېکړه کولو کې مرسته وکړي چې غواړئ ګډون وکړئ یا مو ماشوم ته د ګډون اجازه ورکوئ که نه.

**په څېړنه کې د ګډون کولو په اړه له پرېکړې وړاندې څه ته اړتیا لرئ؟**

* **دا تحقیقاتي څېړنه ولې کېږي؟**

ستاسو له پرېکړې کولو وړاندې به څېړونکي درته ووایي چې دغه تحقیقاتي څېړنه ولې کېږي. دوی به درته تشریح کړي چې څېړونکي له دغې څېړنې څخه پر څه شي د پوهېدو هیله لري.

* **په څېړنه کې به څه وشي.**

څېړونکي به درته ووایي چې:

* دغه څېړنه به ستاسو یا ستاسو د ماشوم لپاره څومره دوام وکړي.
* که تاسو یا ستاسو ماشوم ګډون وکړي، څه به وشي.
* دا چې که کوم پروسیجرونه یا درمل یا ټېسټونه به تجرباتي توګه وي.
* تحقیقاتي څېړنه له هغې معمولي پاملرنې سره څه توپیر لري چې تاسو یا ستاسو ماشوم یې ترلاسه کوي.
* د څومره خلکو د ګډون تمه کېږي.
* **ستاسو انتخابونه څه دي.**

ټولې نه، خو ځینې تحقیقاتي څېړنې، پاملرنه او درملنه وړاندې کوي. څېړونکي باید تاسو ته ستاسو یا ستاسو د ماشوم د درملنې د ټولو انتخابونو په اړه ووایي. تاسو باید پوه شئ چې په تحقیقاتي څېړنه کې له ګډون وړاندې ستاسو یا ستاسو د ماشوم د پاملرنې انتخابونه څه دي.

* **د څېړنې ګواښونه څه دي.**

څېړونکي به درته ووایي چې:

* که تاسو یا ستاسو ماشوم ګډون وکړي، ګواښونه یې څه دي.
* د څېړنې او معیاري او معمولي پاملرنې د ګواښونو پرتله څنګه کېږي.
* داسې ګواښونه شته چې اوس موږ ته نه دي معلوم او که نه.
* که د څېړنې اړوند ټپي کېدل پېښ شي څه کېږي او د ټپي کېدو د درملنې لپاره به څوک تادیه کوي.
* که څېړنه ودروئ څه کېږي او په خوندي توګه د څېړنې درولو لپاره باید څه وکړئ.
* که څېړنه ودروئ، راټول شوي معلومات مو څنګه کېږي.
* نوي معلومات به څه وخت درته وویل شي.
* **د تحقیقاتي څېړنې امتیازونه يا ګټې څه دي.**

که څېړنه تاسو یا ستاسو ماشوم ته ګټې وړاندې کوي، څېړونکي به درته ووایي. دوی به درته ووايي چې چې که دغه څېړنه راتلونکو ناروغانو یا ټولنې ته ګټه رسوي.

* **تاسو باید د محرمیت په اړه پوه شئ**

که تاسو په څیړنه کې ګډون وکړئ، موږ به لکه څنګه چې قانون وایي، ستاسو معلومات محرم او پټ وساتو.

څېړونکي به درته ووايي چې ستاسو او نورو ګډونوالو معلومات به څوک ترلاسه کړي. دغو معلوماتو ته د څېړنې ډېټا وايي.

تاسو د خپلو روغتیايي معلوماتو اړوند ځینې د محرمیت حقونه لرئ او یوازې ستاسو په اجازه موږ کولی شو چې د دغې څېړنې لپاره ستاسو روغتیايي معلومات راټول کړو، ویې کاروو او شریک یې کړو. لاندې موارد د هغو معلوماتو بڼه تشریح کوي چې څېړنه به یې راټول کړي، وبه یې کاروي یا به یې شریک کړي؛ دا چې څوک به یې وکاروي یا شریک کړي او هغه موخه څه ده چې د هغې لپاره دغه معلومات کارېږي او شریکېږي.

په دغو معلوماتو کې دغه موارد شاملېدی شي:

* پخواني یا راتلونکي طبي سوابق،
* د څیړنې سوابق، لکه سروې، پوښتنلیکونه، مرکې، یا د طبي شالید په اړه د ځان راپورونه،
* د دغې څېړنې اړوند طبي یا لابراتواري سوابق، او
* ستاسو په اړه ځانګړي او مشخص معلومات؛ لکه ستاسو نوم، پته یا د زیږون نېټه

دغه معلومات ښايي د دغو کسانو لخوا وکارول شي یا ورسره شریک شي:

* څېړونکي (لکه ډاکټران او د دوي کارکوونکي) چې دلته او نورو مرکزونو کې په دغه څېړنه کې ګډون کوي،
* د څیړنې سپانسران – په دې کې هر هغه کسان یا شرکتونه شامل دي چې د سپانسر لپاره کار کوي، ورسره دي یا یې ملکیت له سپانسر سره دی،
* د بیاکتنې بورډونه (لکه د Seattle Children د بنسټونو د بیاکتنې بورډ)، د ډېټا او خوندیتوب څارونکي بورډونه او نور کسان چې د څېړنې د ترسره کولو څارنه کوي (لکه څارونکي)،
* دولتي ادارې لکه د متحده ایالاتو د خوړو او درملو اداره (FDA) او

د روغتیا او بشري خدمتونو وزارت (DHHS) او په نورو هیوادونو کې ورته ادارې، او

1. د عامې روغتیا ادارې چې موږ د قانون له مخې اړ یو چې د ناروغیو، ټپي کېدو، ځورنې او ناوړه استفادې یا معلولیت د مخنیوي یا کنټرول لپاره د معلوماتو راپور ورکړو.
2. که سپانسر ستاسو کوم طبي لګښتونه تادیه کړي، موږ ښايي اړ شو چې سپانسر ته ستاسو نوم، د زیږون نېټه او Medicare ID یا د ټولنیز خوندیتوب نمبر ورکړو.

دغه معلومات ښايي د دې لپاره وکارول شي یا شریک شي چې:

* په دغه فورم کې د بیان شوو پایلو د خپرولو او بشپړولو لپاره،
* د دغې څېړنې د پایلو د مطالعې لپاره،
* وګورو چې دا مطالعه په سمه توګه ترسره شوې که نه،
* چې له نا څېړنیزو مکلفیتونو سره سم عمل وکړو (که موږ فکر وکړو چې تاسو یا بل چا ته زیان رسېدی شي-).

تاسو کولی شئ دا معلومات چې کیدای شي وکارول شي یا افشا شي، وګورئ یا یې کاپي کړئ. که څه هم، د ځینو څیړنیزو مطالعاتو لپاره، ښايي د څېړني ځینې معلومات د څېړنې پر وخت تاسو ته د لاسرسي وړ نه وي. دا ستاسو پر دغه حق اغیزه نه کوي چې وګورئ چې ستاسو په طبي (د روغتون) سوابقو کې څه دي.

ستاسو د معلوماتو د کارولو یا شریکولو لپاره د وخت کوم محدودیت نشته. څیړونکي د ډیرو کلونو لپاره د معلوماتو تحلیل ته دوام ورکوي، او تل پر دې پوهېدل ممکن نه دي چې کله به ترسره شي. که ستاسو معلومات د دغې څېړنې د یوې برخې په توګه ذخیره کېږي، په راتلونکي کې به د نورو څېړنو لپاره وکارول شي. موږ به له دغې راتلونکې څېړنې وړاندې ستاسو اجازه ونه غواړو.

ستاسو د معلوماتو د کارولو او شریکولو لپاره ستاسو اجازه له وخته نه تېرېږي، خو هر وخت یې لغوه کولی شئ. تاسو دا کار په لیکلې بڼه د څېړنې د ټیم د خبرولو له لارې کولی شئ. که تاسو خپله اجازه لغوه کړئ، ستاسو په اړه به نوي معلومات راټول نه شي، خو له وړاندې راټول شوي معلومات ښايي لا هم وکارول شي او له نورو سره شریک شي.

موږ به همداراز د دغه فورم په ګډون د څېړنې معلومات ستاسو په سوابقو کې کېږدو، ځکه چې په دغه څېړنه کې ستاسو درملنه او پاملرنه هم شاملېږي. د طبي سوابقو قوانین د څېړنې له سوابقو توپير لري. دا دایمي دي او او ښايي نور کسان یې وګوري چې ستاسو په پاملرنه کې ښکېل دي؛ لکه ډاکټران، بیمه کوونکي او د قانون د اړتیا له مخې نور کسان.

ستاسو د معلوماتو کارول او شریکول به د خوندیتوب د قوانینو له مخې کېږي، خو دغه قوانین یوازې پر ډاکټرانو، روغتونونو او نورو د روغتیايي پاملرنې وړاندې کوونکو پلي کېږي. ځينې کسان چې د دغې څېړنې د یوې برخې په توګه ستاسو روغتیايي معلومات ترلاسه کوي، ښايي ستاسو له اجازې پرته یې له نورو سره شریک کړي؛ که دا کار د قانون له مخې جواز ولري، باید ویې کړي.

که د څېړنې پایلې خپرېږي، هغه معلومات چې تاسو ترې پېژندل کېږئ، نه پکې کارېږي.

ستاسو اجازه د لاندې فورم په لاسلیک کولو سره مستند کیږي. که پرېکړه وکړئ چې موږ ستاسو معلومات نه شو کارولی او ګټه نه شو ترې اخیستی، په دغه څېړنه کې ګډون نه شئ کولی.

څېړونکي به همداراز په دې اړه یو څه معلومات درته وړاندې کړي [www.ClinicalTrials.gov](http://www.ClinicalTrials.gov)

Note: Only use the following language if the study (1) relies on medical records (or a patient’s health care provider) as a source of information about the treatment and/or diagnosis of one or more of the specially protected categories below; or (2) involves treatment and/or diagnosis of one or more of the specially protected categories below. For the following section, delete any types of information that do not apply to your study. If none apply, delete the whole section.

**د ځانګړو معلوماتو د کارولو او شریکولو لپاره اجازه**

د ځانګړو معلوماتو جوړول، کارول یا شریکول دې ته اړتیا لري چې ځانګړي افراد بېلې اجازې ورکړي. هغه افراد چې په سن کې دننه عمر لري، دغه برخه به ډکه کړي. د هغو ماشومانو لپاره چې له ذکر شوي سن څخه کم وي، والدین/قانوني اجازه لرونکی استازی دغه برخه ډکوي. که د لاندې معلوماتو له جوړولو، کارولو یا شریکولو سره موافق یئ، لاندې مو خپله اجازه د خپل نوم له لومړیو تورو سره په نښه کړئ.

\_\_\_\_ له جنسي لارې لېږدول کېدونکې ناروغۍ، لکه AIDS/HIV (14 کلن یا تر دې پورته)

د نوم لومړي توري

\_\_\_\_ طبي شرایط چې د جنسي یا د مثل د تولید روغتیايي اندېښنې پکې شاملې وي، او هر راز

د نوم لومړي توري د ټېسټ اړوند پایلې (14 کلن یا تر دې پورته)

\_\_\_\_ چلندي یا رواني روغتیا/ناروغي (13 کلن یا تر دې پورته)

د نوم لومړي توري

\_\_\_\_ د مخدره توکو یا الکولو ناوړه استفاده (13 کلن یا تر دې پورته)

د نوم لومړي توري

* **تاسو باید د لګښتونو په اړه پوه شئ**

که په دغې څېړنه کې ستاسو لپاره اضافي لګښتونه وو، درته وبه ویل شي.

**که ونه غواړئ ګډون وکړئ نو بیا؟ که وغواړئ چې خپل ګډون ودروئ نو بیا؟**

**په دغې څېړنه کې ګډون داوطلبانه دی.** د نه په ویلو کې ستونزه نشته. که یې پیل کړئ، تاسو یا ستاسو ماشوم هر وخت کولی شئ چې خپل ګډون ودروئ. د نه د ویلو او یا له وخت وړاندې د خپل ګډون درولو په پایله کې تاسو نه جریمه کېږئ او نه خپلې ګټې له لاسه ورکوئ.

همداراز، څېړني کولی شي تاسو یا ستاسو ماشوم له څېړنې وباسي. دوی به هغه وخت دا کار وکړي چې دا ستاسو یا ستاسو د ماشوم په ګټه وي. که دوی څېړنه ودروي، د دغه کار دلیل به درته ووایي.

**که وغواړئ چې ګډون وکړئ نو بیا؟**

که غواړئ چې د دغې تحقیقاتي څېړنې په اړه زده‌کړئ، له یوه څېړونکي سره به وګورئ. دغه څېړونکی به د یوه تایید شوي شفاهي ژباړن په مرسته د دغې څېړنې په اړه درته ووایي. د پوښتنو کولو ته هڅول کېږئ! که ګډون کول غواړئ، د دغه فورم د لاسلیک کولو غوښتنه به درنه وشي. تاسو ته د دغه لاسلیک شوي فورم یوه کاپي درکړل شي چې درسره ویې ساتئ. همداراز به د رضایت فورم انګلیسي بڼه درکړل شي چې دغه څېړنه تشریح کوي. څېړونکی به د فورم انګلیسي بڼه لاسلیک کړي.

**د ټلیفون مهمې شمېرې:**

د دغې تحقیقاتي څېړنې په اړه پوښتنو، اندېښنو یا شکایتونو لپاره یا که فکر کوئ چې زیان درته رسېدلی، د دغه فورم په لومړي مخ کې شمېره باندې څېړونکو ته زنګ ووهئ. خپل نوم او د ټلیفون شمېره ورکړئ، څېړونکي به بیا له شفاهي ژباړن سره زنګ درته ووهي.

**که تاسو/ستاسو ماشوم په څېړنه کې د ګډون اړوند بیړنی حالت ولري، 911 ته زنګ ووهئ.**

هغه کسان چې په څېړنه کې ګډون کوي، حقونه لري. (د دغه فورم په وروستي مخ کې په څېړنه کې د ګډون کوونکي حقونه راغلي). که د دغو حقونو په اړه پوښتنې لرئ، کولی شئ په (206) 987-7804 شمېره IRB ته زنګ ووهئ. IRB هغه کمېټه ده چې په Children’s کې پر څېړنو بیاکتنه کوي او تاییدوي یې. IRB د هغو ماشومانو او کورنیو د حقونو د خوندي کولو مسولیت لري چې په څېړنه کې ګډون کوي. خپل نوم او د ټلیفون شمېره پرېږدئ او د IRB یوه شمېره به له شفاهي ژباړن سره بېرته زنګ درته ووهي. که د څېړنې په اړه پوښتنې، اندېښنې یا شکایت لرئ او یا غواړئ د څېړنې له ټیم بهر له بل چا سره خبرې وکړئ، نو په دغه صورت کې هم IRB ته زنګ وهلی شئ.

مهرباني وکړئ په یاد ولرئ چې: که په دغه تحقیقاتي څېړنه کې د ګډون پرېکړه وکړئ، څېړونکی به د رضایت انګلیسي فورم ستاسو ژبې ته درته وژباړي. د رضایت ژباړل شوی فورم به د تحقیقاتي څېړنې په اړه ټول معلومات ولري. فورم چې څنګه وژباړل شو، تاسو ته به ژر درکړل شي. دا معمولاً 1-2 اونۍ وخت نیسي.

## د ګډونوال/والدینو/قانوني سرپرست بیان

**ماته د دغې تحقیقاتي څېړنې شفاهي پرېزېنټشن راکړل شوی. د دغه شفاهي پرېزېنټشن پر وخت یو شفاهي ژباړن هم و چې زما په ژبه یې روانې خبرې کولې. ما د پوښتنو کولو فرصت درلود. زه پوهېږم چې د دغه فورم په لومړي مخ کې ذکر شوي کسان به زما راتلونکو پوښتنو ته چې د دغې څېړنې یا په څېړنه کې د ګډونوالو د حقونو په هکله یې لرم، ځواب راکړي.** **زه هغه شمېره لرم چې باید په بیړني حالت کې زنګ ورته ووهم.**. **زه په داوطلبانه ډول غواړم ګډون وکړم یا مې ماشوم ته اجازه ورکوم چې په دغه تحقیقاتي څېړنه کې ګډون وکړي.**

**مهرباني وکړئ په یاد ولرئ چې: که په څېړنه کې ګډون کوونکی ماشوم د کومې کورنۍ یا د ایالت د کومې څانګې تر پالنې او روزنې لاندې دی، مهرباني وکړئ څېړونکي یا هغو کارکوونکو ته یې چې ستاسو رضایت اخلي، خبر ورکړئ.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

د څیړنې کې د ګډون کوونکي نوم په لوی تورو کې

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**د څېړنې د ګډون کوونکي لاسلیک (هغه وخت اړتیا ده ورته چې 13 کلن یا تر دې لوی وي)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**نیټه وخت**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**د والدینو یا قانوي مجاز استازي په لوی تورو لیکل شوی نوم**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**د والدینو یا قانوي مجاز استازي لاسلیک**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**نیټه وخت**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**د والدینو یا قانوي مجاز استازي په لوی تورو لیکل شوی نوم**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**د والدینو یا قانوي مجاز استازي لاسلیک**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**نیټه وخت**

**یوازې د څېړنې ټیم د کارولو لپاره:**

|  |  |
| --- | --- |
| که د دویم والدین لاسلیک ترلاسه نه شو، ووایئ چې ولې: (یو وټاکئ) | |
| * IRB مشخصه کړې چې د یوه والدین اجازه کفایت کوي. * دویم والدین وفات شوی، معلوم نه دی، وړ نه دی یا د کوم منطقي دلیل له مخې د لاسرسي وړ نه دی | * یوازې یو والدین د ماشوم د ساتلو او پاملرنې قانوني مسولیت لري |

**یوازې د څېړنې ټیم د کارولو لپاره:**

|  |  |
| --- | --- |
| موافقت | * ترلاسه شو * ترلاسه نه شو، ځکه چې د مقابل لوري وړتیا ډېره محدوده ده او له منطقي اړخه مشوره نه شي ورسره کېدی. |

## د شفاهي ژباړن معلومات

مهرباني وکړئ په یاد ولرئ چې: د شفاهي ژباړن نوم یوازې هغه وخت ثبتېږي چې رضایت د مل ژباړلي شوي د رضایت لنډ فورم او/یا د رضایت ژباړل شوي فورم له لارې مستند شي.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# د شفاهي ژباړن نوم نېټه

***(که چېرې له شفاهي ژباړن څخه د څېړنې په لومړي پرېزېنټشن کې کار اخیستل شوی وي)***

## د شاهد معلومات

مهرباني وکړئ په یاد ولرئ چې: د شاهد نوم او لاسلیک ته هغه وخت اړتیا ده چې کله د څېړنې له لومړي پرېزېنټشن وروسته د رضایت/د والدینو اجازې د مستند کولو لپاره د رضایت لنډ فورم کارېږي یا دا چې د IRB اړتیا وي ورته.

## د شاهد بیان

**زه د دغې تحقیقاتي څېړنې د شفاهي پرېزېنټشن پر وخت حاضر وم.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# د شاهد په لوی تورو ليکل شوی نوم

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**د شاهد لاسلیک**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**نیټه وخت**

کاپۍ دغو ته: د څېړنې ګډونوال یا والدین/ **قانوني مجاز یا اجازه لرونکی استازی**

# طبي سوابق(*که مناسبه وي* )

**د څېړنې د ګډونوال حقونه\***

**هر کس چې په تحقیقاتي څېړنه کې د ګډون غوښتنه ترې شوې، حقونه لري.** د څېړنې د ګډونوال په توګه، تاسو یا ستاسو ماشوم دغه حقونه لري:

1. دا چې ورته وویل چې له څېړنې څخه موخه پر څه پوهېدل دي،

2. چې ورته وویل شي چې د څېړنې پر وخت به له تاسو یا ستاسو له ماشوم سره څه وشي. دا چې ورته وویل شي چې ایا داسې پروسیجرونه، درمل یا وسایل کارېږي چې له معیاري او معمولي درملنې او پاملرنې سره توپیر لري،

3. دا چې مکررو او مهمو ګواښونو، جانبي عوارضو یا د هغو مواردو د ناراحتیو په اړه درته ووایي چې د دغې تحقیقاتي څېړنې پر مهال به له تاسو یا ستاسو له ماشوم سره پېښ شي،

4. دا چې درته ووایي چې تاسو یا ستاسو ماشوم په دغه څېړنه کې د ګډون لپاره د کومو ګټو تمه کولی شئ او که نه، او که یې کولی شئ نو دا ګټې به څه وي،

5. چې د نورو انتخابونو په اړه درته وویل چې تاسو یا ستاسو ماشوم یې د پاملرنې او درملنې لپاره لري او دا چې هغه به د څېړنې په پرتله ښه وي او که ناوړه،

6. چې د څېړنې پر مهال او یا ستاسو له توافق وړاندې، په دواړو حالتونو کې د څېړنې به اړه د پوښتنو فرصت درکړل شي،

7. دا چې درته وویل شي چې د ستونزې راولاړېدو پر مهال څه ډول طبي درملنه د لاسرسي وړ ده،

8. دا چې په بشپړ ډول خپل ګډون لغوه کړئ یا د څېړنې له پیل وروسته د خپل ځان یا مو د ماشوم د ګډون په اړه خپل نظر بدل کړئ. دغه پرېکړه به ستاسو یا ستاسو د ماشوم پر دغه حق اغېز ونه کړي چې که په څېړنه کې هم نه وئ، پاملرنه به ترلاسه کوئ،

9. دا چې د لاسلیک او نېټې لرونکي رضایت فورم کاپي ترلاسه کړی شئ،

10. چې په دې اړه د فکر کولو پر وخت هېڅ فشار درباندې نه وي چې ایا غواړئ په څېړنه کې ګډون وکړئ او که نه او دا چې ایا خپل ماشوم ته د ګډون اجازه ورکوئ او که نه.

\*د کلفورینیا ایالت د ازمایښتي موضوع د حقونو له منشور څخه اخیستل شوې