



## Mẫu Khảo Sát Rút Gọn dành cho Các Đối Tượng Không Nói Tiếng Anh Giấy Đồng Ý Tham Gia Khảo Sát Nghiên Cứu

**Đề Tài Nghiên Cứu:**

**Điều Tra Viên Chính:**

Chúng tôi mời quý vị tham gia một cuộc nghiên cứu.

"Quý vị" dùng để chỉ quý vị, con của quý vị, hoặc một người mà quý vị đại diện cho quyền lợi của họ. Trước khi quý vị đồng ý, điều tra viên (nhà nghiên cứu) phải thông báo cho quý vị biết:

1. Lý do tiến hành nghiên cứu của họ
2. Cuộc nghiên cứu sẽ kéo dài trong bao lâu
3. Các thủ tục quý vị sẽ trải qua
4. Các thủ tục mang tính cách thí nghiệm
5. Bất kỳ nguy cơ hay sự khó chịu nào mà họ biết
6. Bất kỳ lợi ích nào đối với quý vị hoặc người khác
7. Các thủ tục hay biện pháp điều trị thay thế mà quý vị có thể dùng thử
8. Thông tin của quý vị sẽ được bảo mật như thế nào

Khi áp dụng, điều tra viên cũng sẽ cho quý vị biết:

1. Kế hoạch thanh toán và/hoặc biện pháp điều trị y tế nếu quý vị bị thương vì tham gia nghiên cứu
2. Có thể có những nguy cơ đối với quý vị mà điều tra viên không biết
3. Quý vị có thể bị gạch tên ra khỏi cuộc nghiên cứu vào bất kỳ lúc nào, ngay cả khi quý vị vẫn muốn tham gia
4. Về bất kỳ khoản chi phí bổ sung nào đối với quý vị khi tham gia nghiên cứu
5. Về bất kỳ thông tin mới nào có thể khiến cho quý vị đổi ý về việc tham gia nghiên cứu
6. Số người sẽ tham gia nghiên cứu

Nếu quý vị có thắc mắc về quyền lợi của mình với tư cách một người tình nguyện tham gia nghiên cứu, bị thương, hoặc không hài lòng với bất kỳ phần nào của nghiên cứu này, quý vị có thể gọi cho Ủy Ban Đánh Giá Tổ Chức Chăm Sóc Sức Khỏe Khu Vực của Mercy Health (Mercy Health Regional Institutional Review Board, IRB), qua số 616-685-6198 để trao đổi với một người có đầy đủ thông tin là người không tham gia nghiên cứu này. Quý vị cũng có thể liên hệ với nhà nghiên cứu, \_\_\_\_\_ qua số \_\_\_\_\_ vào bất kỳ lúc nào nếu quý vị có thắc mắc về nghiên cứu này.

Việc tham gia nghiên cứu này là tự nguyện. Quý vị có thể dừng tham gia vào bất kỳ lúc nào, và quý vị sẽ không bị phạt hay mất bất kỳ quyền lợi nào.

**Chữ Ký của Đối Tượng Nghiên Cứu hoặc Đại Diện Ủy Quyền Hợp Pháp của Đối Tượng Nghiên Cứu**

Khi ký tên vào giấy này, quý vị đồng ý rằng cuộc khảo sát nghiên cứu này đã được giải thích bằng lời cho quý vị nghe bằng ngôn ngữ của quý vị, và quý vị sẵn sàng đồng ý tham gia nghiên cứu này. Quý vị đã có cơ hội đưa ra câu hỏi và đã nhận được giải đáp đầy đủ cho các câu hỏi đó.

Nếu quý vị đồng ý tham gia nghiên cứu này, quý vị sẽ nhận được một bản sao đã ký của giấy này. Quý vị sẽ được cung cấp một bản tiếng Anh của giấy đồng ý có cần nhắc.

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký của Đối Tượng Nghiên Cứu hoặc Đại Diện Ủy Quyền Hợp Pháp của Đối Tượng Nghiên Cứu

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Tên Viết In của Đối Tượng Nghiên Cứu

**Tuyên Bố Làm Chứng**

Tôi xác nhận rằng thông dịch viên y khoa của Mercy Health đã thông dịch đầy đủ và chính xác nội dung trình bày bằng lời bằng tiếng \_\_\_\_\_, và tôi đã có mặt trong toàn bộ quá trình đồng ý có cần nhắc.

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký của Người Làm Chứng

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Tên Viết In của Người Làm Chứng

**Tuyên Bố của Thông Dịch Viên**

Tôi xác nhận rằng tôi đã thông dịch tất cả nội dung trình bày bằng lời của những người có mặt trong quy trình đồng ý có cần nhắc bằng ngôn ngữ chính của đối tượng nghiên cứu.

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký của Thông Dịch Viên

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Tên Viết In của Thông Dịch Viên

\*Dùng để chỉ giấy đồng ý có cần nhắc (*bản tiếng Anh*) đối với chữ ký có ghi ngày tháng của điều tra viên và người xin phép.