|  |  |
| --- | --- |
|  | اصلي څېړونکی:      د غوښتنلیک شمېره:     د څېړنې عنوان:       |

**په څېړنه کې د ګډون رضایت**

له تاسو غوښتل کېږي چې په یوه څېړنه کې ګډون وکړئ. ستاسو له توافق وړاندې، تاسو باید د څېړنې یو لنډیز درکړل شي. په دغه لنډیز کې باید هغه مهم معلومات وي چې له تاسو سره د دغو لایلو په پوهېدو کې مرسته وکړي چې ولې ښايي وغواړئ یا ونه غواړئ په څېړنه کې ګډون وکړئ.

د لنډیز تر وړاندې کولو ورسوته به د څېړنې ټیم تاسو ته د څېړنې به اړه اضافي جزیات درکړي چې باید دا موارد پکې شامل وي:

1. د څېړنې موخه، کړنلارې او وده؛
2. هغه کړنلارې چې تجربي دي؛
3. د څېړنې هر ډول د منطقي اټکل وړ ګواښونه، ناراحتۍ او ګټې؛
4. هر ډول احتمالي ګټورې بدیلې ګړنلارې یا درملنې؛ او
5. دا چې محرمیت به څنګه ساتل کېږي.

که ممکنه وه، د څېړنې ټیم باید همداراز د دغو مواردو په اړه درته ووایي:

1. د ټپي کېدو په صورت کې د لاسرسي وړ د خسارې جبران یا طبي درملنه؛
2. د نا اټکل شوو خطرونو احتمال؛
3. هغه شرایط چې څېړونکی ښايي ستاسو ګډون ودروي؛
4. تاسو ته اضافه شوي لګښتونه؛
5. دا چې که ګډون ودروئ څه به وشي؛
6. کله به تاسو ته د نوو موندنو به اړه وویل شي چې ښايي په ګډون کې ستاسو پر لېوالتیا اغېز وکړي او دا چې په څېړنه کې به څومره کسان وي.
7. د کلینیکي ازموینو لپاره: د متحده ایالاتو قانون د غوښتنې له مخې د کلینیکي ازموینې تشریح دلته د لاسرسي وړ ده www.ClinicalTrials.gov.  په دغې ویبپاڼه کې به هغه معلومات نه وي شامل چې تاسو معرفي کوي. ډیری وخت به په ویبپاڼه کې د پایلو لنډیز وي. تاسو هر وخت د ویبپاڼې لټون کولی شئ

که تاسو له ګډون سره توافق وکړئ، تاسو ته به د دغه سند لاسلیک شوې کاپي او د څېړنې یو لیکلی لنډیز درکړل شي.

تاسو له دغه کس سره *(نوم)* په دغې شمېره *(ټلیفون شمېره)*       هر وخت اړیکه نیول شئ چې د څېړنې په اړه پوښتنې لرئ.

تاسو له دغه کس سره*(نوم)* په دغې شمېره *(ټلیفون شمېره)*       اړیکه نیولی شئ که تاسو د هغه کس په توګه د خپلو حقونو په اړه پوښتنې لرئ چې څېړنه پرې کېږي یا دا چې د ټپي کېدو په صورت کې څه وکړئ.

په دغې څېړنه کې ستاسو ګډون داوطلبانه دی او خپل ګډون رد کړئ یا یې د درولو پرېکړه وکړئ، تاسو به نه جریمه شئ او نه به ګټې له لاسه ورکړئ.

د دغه سند لاسلیک کول په دې معنی دي چې د پورتنیو معلوماتو په ګډون دا څېړنه تاسو ته په شفاهي بڼه تشریح شوې او تاسو په داوطلبه توګه له ګډون سره توافق کوئ.

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

د ګډونوال لاسلیک نېټه/وخت

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

د شفاهي ژباړن/شاهد لاسلیک نېټه/وخت