

טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר

אני החתום/ה מטה:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מספר ת.ז.: _____

טלפון נייד: _____ טלפון נוסף _____

כתובת מגורים + מיקוד: _____

1. מצהיר/ה בזה כי אני מסכים/ה להשתתף במחקר כמפורט במסמך זה.

2. מצהיר/ה בזה כי הוסבר לי על ידי _____ (יש לציין את שם החוקר הראשי או החוקר משנה)

א. כי החוקר הראשי ששמו _____ קיבל אישור אתי מוועדת האתיקה של מחקרים בבני אדם, לביצוע המחקר.

ב. כי לחוקר הראשי ולחוקר המשנה **יש/אין** (יש לבחור) זיקה ליוזם המחקר.

אם יש נא לפרט: _____

ג. כי המחקר נערך בנושא: _____

ד. כי אני חופשי/ה לבחור שלא להשתתף במחקר או להפסיק בכל עת את השתתפותי במחקר, כל זאת מבלי שאפגע מכך.

ה. במקרה של מילוי שאלון, אני רשאי/ת שלא לענות על כל השאלות שבשאלון או על חלק מהן.

ו. כי מובטח לי שזהותי האישית תשמר סודית על ידי כל העוסקים ומעורבים במחקר ולא תפורסם בכל פרסום, כולל בפרסומים מדעיים.

ז. כי המרכז אקדמי לב פעל להסדרת כיסוי ביטוחי הולם של החוקרים העוסקים במחקר מפני תביעות שיוגשו על ידי משתתפים במחקר ו/או תביעות צד ג' הקשורות למחקר, בין בתקופת ביצוע המחקר ובין לאחרי. אין באמור כדי לפגוע בזכויותי על פי כל דין.

ח. כי יש באפשרותי להיוועץ באדם נוסף, באשר לקבלת החלטה האם להשתתף במחקר או להמשיך בו.

ט. כי השתתפותי במחקר היא התנדבותית.

י. כי בכל בעיה הקשורה למחקר אוכל לפנות ל _____ (יש לציין את שם החוקר הראשי כולל מספר הטלפון נייד שלו)

3. הנני מצהיר/ה כי נמסר/ה לי מידע מפורט על המחקר, על פי הנושאים המפורטים להלן:

א. מטרת המחקר: _____

ב. משך התקופה הצפויה להשתתפות במחקר _____ משך המחקר כולו _____

ג. המספר המשוער של המשתתפים במחקר: _____

ד. תיאור ההליכים השונים במשך תקופת המחקר: (כגון מילוי שאלון, ראיון אישי)

ה. היתרונות הצפויים למשתתף/ת או לאחרים כתוצאה מהמחקר: _____

ו. הסיכונים הידועים ו/או אי הנוחות שניתן לחזותם למשתתף/ת במחקר: _____

ז. הצעדים אשר ינקטו לשמירת חסיון המשתתף/ת במחקר, המידע עליו/ה וזהותו/ה:

ח. מידע רלוונטי אחר: _____

4. הנני מצהיר/ה בזה, כי את הסכמתי הנ"ל נתתי מרצוני החופשי וכי הבנתי את כל האמור לעיל. כמו כן, קיבלתי עותק של טופס הסכמה מדעת זה, שעליו תאריך והוא חתום כדין.

5. עם חתימתי על טופס הסכמה זה, הנני מתיר/ה ליוזם המחקר, לוועדת האתיקה של מרכז אקדמי לב, ולגוף המבקר את המרכז האקדמי לב גישה למסמכי המחקר הזה שלי, לשם אימות שיטות המחקר והנתונים. גישה זו למידע האישי שלי תבוצע תוך שמירת סודיות, בהתאם לחוקים ולנהלים של שמירת הסודיות.

תאריך: _____

שם המשתתף/ת במחקר: _____

חתימת המשתתף/ת במחקר: _____

הצהרת החוקר הראשי/חוקר משנה

הסכמת המשתתף/ת התקבלה על ידי, וזאת לאחר שהוסבר לו/ה כל האמור לעיל והדברים הובנו על ידו/ה:

תאריך: _____

שם החוקר ראשי/חוקר משנה: _____

חתימת החוקר ראשי/חוקר משנה: _____