|  |  |
| --- | --- |
| **د پروټوکول عنوان:** | (In English) Full Title of Protocol |
| **اصلي څېړونکی:** | (In English) Name and phone number |
| **بېړنۍ اړیکه:** | (In English) Name and contact phone, cell phone or pager number |

تاسې ته یوې څېړنې کې د ګډون بلنه درکول کېږي.

له موافقت وړاندې، څېړونکی باید تاسې ته یو شمېر څیزونه تشریح کړي, ، چې باید هغو معلوماتو سره پیل شي چې تاسې سره دغې څېړنې کې د ګډون کولو یا نه کولو لاملونو باندې پوهېدلو کې مرسته وکړي، او له هغې وورسته اضافي معلومات شریک شي.

دغو څیزونو کې شامل دي:

* د څېړنې موخه
* څومره کسان به دغې څېړنې کې شامل وي او څومره وخت به ونیسي
* ازموینې، کړنلارې یا ترسره کېدونکي درملنې
* کومه ازموینه، کړنلاره یا درملنه تجربوي ده
* د څېړنې خطرونه. کېدای شي د څېړنې درمل یا اوزار، یا د څېړنې ازموینې یا کړنلارې ځینې خطرونه ولري
* که څېړنه تاسې ته په کومه لاره ګټه ولري
* که د څېړنې په اړه داسې نوي معلومات وي چې څېړنې ته ستاسې د ادامه ورکولو پرېکړه اغېزمنولی شي به تاسې ته څنګه وویل شي
* هغه نور انتخابونه چې څېړنې کې د ګډون پر ځای يي لرئ
* که د څېړنې پر مهال ټپي یا ژوبل شئ څه وکړئ
* ایا ګډون کول لګښتونه لري
* ایا د ګډون لپاره به تاسې ته تادیه وشي
* څېړنې کې د څېړونکی له لوري ستاسې د ګډون ځنډولو لاملونه
* څوک څېړنې څخه ستاسې په اړه معلومات کتلی یا کارولی شي
* ستاسې معلومات او محرمیت به څنګه خوندي ساتل کېږي
* ایا ستاسې معلومات او بیولوژي نمونې چې تاسې سره نشي تړلی کېدی راتلونکو څېړنو لپاره کارول کېدی شي
* دا چې ستاسې بیولوژیکي نمونې، که راټول شوي وي، کېدای شي سوداګریزو ګټو لپاره وکارول شي او ایا تاسې به دغې ګټې کې شریک شئ
* ایا د څېړنې په کلینیکي ډول اړوند پایلې به تاسې ته افشا شي، او که داسې وي، د کومو شرایطو پر بنسټ
* ټول د جینوم ترتیب (له بیولوژيکي نمونې څخه د DNA بشپړ ترتیب مشخص کول) کېدای شي ستاسې بیولوژیکي نمونې باندې بشپړ شي، که چېرې راټوله شوې وي.

د دغې کلنینکي ازموینې تشریح د متحده ایالاتو قانون له غوښتنې سره سم http://www.ClinicalTrials.gov کې به موجود وي. دغې وېب پاڼې کې به هغه معلوماتو چې تاسې وپېژني شامل نه وي. حداکثر، دغې وېب پاڼې کې به د پایلو لنډیز شامل وي. هر کله دغه وېب پاڼه لټولی شئ.

دغې څېړنې کې ستاسې ګډون په خپله خوښه ده. که د ګډون نه کولو پرېکړه وکړئ، هر کله چې وغواړئ دغه څېړنه پرېښودلی شئ. پرېښودل به ستاسې راتلونکې پاملرنې اغېزمن نه کړي. که دغې څېړنې کې خپل ګډون په اړه یا د څېړنې موضوع په توګه خپلو حقونو په اړه پوښتنې لرئ، ډاډ ترلاسه کړئ چې په اړه يي د څېړنې څېړونکی یا څېړنې ډلې غړی سره بحث وکړئ. تاسې همداراز د فلاډیلفیا ماشومانو روغتون کې د IRB دفتر سره په 2830-590 (215) اړیکه نیولی او د څېړنې موضوع په توګه خپلو حقونو په اړه خبرې کولی شئ.

تاسې څخه به د دې ښودل لپاره چې

* تاسې سره د څېړنې او پورته معلومات شریک شوي د دغې فورمې د لاسلیک کولو غوښتنه وشي.
* تاسې دغې څېړنې کې له ګډون سره موافقت کوئ

تاسې به د دغې لاسلیک شوې فورمې او د څېړنې لنډیز یوه کاپي چې تاسې سره به په اړه يي بحث وشي ترلاسه کړئ.

ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ ـــــــــــــــــــــــــــــــــــ

د موضوع نوم **[چاپي]** د موضوع لاسلیک (18 کلن یا مشر) نېټه

ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ ـــــــــــــــــــــــــــــــــــ

والدین/سرپرست نوم **[چاپي]** والدین/سرپرست لاسلیک (ماشوم< 18 کلونه) نېټه

**شاهد/ژباړونکی**

دغې فورمې لاسلیک کولو سره، تاسې څرګندوئ چې

* د لنډیز سند کې شته معلومات او د رضایت ترلاسه کوونکی کس له لوري لېږدول شوي اضافي معلومات موضوع ته په هغه ژبه چې د موضوع په خوښه او د نوموړی د پوهېدو وړ وي وړاندې شوی دی؛ او
* د موضوع پوښتنې ژباړل شوې وي او د رضایت ترلاسه کوونکی کس ځوابونه د موضوع لومړیتوب لرونکې او د درک وړ ژبې کې وړاندې شوې وې.
* د رضایت غونډې پای کې، موضوع څخه د موضوع د خوښې او درک وړ ژبې باندې وپوښتل شوې چې ایا نوموړی د لنډیز سند کې شته معلومات او همداراز رضایت ترلاسه کوونکی کس له لوري وړاندې شوي اضافي معلومات چې (د موضوع پوښتنو ته د ځوابونو په ګډون) باندې پوه شوی دی او نوموړی مثبت ځواب ورکړ.

ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ ـــــــــــــــــــــــــــــــــــ

د شاهد/ژباړونکی نوم **[چاپي]** د شاهد/ژباړونکی لاسلیک نېټه