

ФОРМА СОГЛАСИЯ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ ИССЛЕДОВАНИЯ
Для участников 7–12 лет

НАЗВАНИЕ: Развитие взаимосвязанной генетической и генеалогической базы данных

ПРОТОКОЛ №: SMGF-2008-1
Протокол WIRB® # 20031734

СПОНСОР: Молекулярно-генеалогический фонд Соренсона
Солт-Лейк Сити, Юта
США

ИССЛЕДОВАТЕЛЬ: Скотт Р. Вудвард, Д-р
Молекулярно-генеалогический фонд Соренсона
каб. 200
2480 Саут-Мейн-стрит
Солт-Лейк Сити, Юта 84115
США
801-428-1050 или 1-800-344-7643, часы работы: 08:00–17:00
801-244-2542 (в экстренных случаях)

МЕСТО: Молекулярно-генеалогический фонд Соренсона
каб. 200
2480 Саут-Мейн-стрит
Солт-Лейк Сити, Юта 84115
США

**КООРДИНАТОР
ИССЛЕДОВАНИЯ:** Уго Перего
801-428-1054

ОПИСАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Меня просят решить, хочу ли я принимать участие в этом исследовании родословия моей семьи. В этом исследовании будут изучены клетки моего рта, а также моя семья.

Если я скажу «да», мне нужно будет сделать следующее.

- Рассказать о своей семье. Я знаю, что мои родители могут помочь мне с этим.
- Прополоскать рот жидкостью для рта и выплюнуть ее в чашку. Жидкость для рта может привести к покалыванию во рту. Вместо полоскания жидкостью для рта медсестра может протереть ватным шариком внутреннюю сторону моей щеки.

Я могу выбрать, участвовать мне в исследовании или нет. Если я решу не участвовать в исследовании, никто не рассердится на меня.

Кроме того, если я захочу прекратить свое участие в исследовании, я знаю, что могу сделать это в любое время. Все, что мне нужно сделать, это сказать кому-либо, что я больше не хочу участвовать в исследовании.

СОГЛАСИЕ

Мне объяснили, в чем заключается это исследование, и я согласен участвовать в нем.

Подпись субъекта исследования в знак одобрения

Дата

Я подтверждаю, что объяснил(а) суть исследования участнику в соответствии с уровнем его понимания и он согласился принимать участие в исследовании.

Подпись лица, проводящего собеседование
по поводу дачи одобрения

Дата