**TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG**

Số 1 đường Vũ Hựu, Thanh Bình, Hải Dương ĐT: (0220) 3891799

Mã số đề tài: …………… Số giấy phép: ………………………

Mã bệnh nhân: BN-...........................

**GIẤY ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU**

**Tên đề tài:**

**“.................................................................................................................................”.**

**Đề nghị điền vào ô trống**

* Tôi khẳng định đã đọc và hiểu bản thông tin giới thiệu về nghiên cứu này và đã hỏi nghiên cứu viên về những điều chưa hiểu rõ ngày:...........................
* Tôi biết rằng sự tham gia của tôi là hoàn toàn tự nguyện và tôi có thể rút lui bất cứ khi nào mà không cần nêu lý do. Tôi biết rõ là việc rút lui hay tham dự không ảnh hưởng gì đến chăm sóc y tế hay trách nhiệm pháp lý
* Tôi hiểu rằng các cuộc điều tra, phỏng vấn này sẽ được ghi chép lại trong phiếu điều tra, và nếu muốn, tôi có thể xem lại các phiếu đó.
* Tôi hiểu rằng hồ sơ bệnh án của tôi sẽ được những cá nhân có trách nhiệm của Trường Đại học Y tế Kỹ thuật Y tế Hải Dương và các cá nhân liên quan đến việc tham gia vào nghiên cứu của tôi xem xét. Tôi đồng ý cho những cá nhân đó truy cập những ghi chép trong hồ sơ bệnh án của tôi.

Xin anh/chị vui lòng cho biết: anh/chị có đồng ý tham gia vào nghiên cứu này hay không, bằng cách tích (x) vào ô tương ứng

**□ Đồng ý □ Không đồng ý**

Xin chân thành cảm ơn anh/chị!

Trong quá trình tham gia nghiên cứu, nếu có bất kỳ thắc mắc nào cần giải đáp hoặc tư vấn, anh/chị có thể liên hệ với:

|  |
| --- |
| 1. *Nghiên cứu viên: ……………………………………………………………*   *SĐT:……………………………………………..*  *Địa chỉ:…………………………………………*  *2. Hội đồng đạo đức, trường Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, Số 1, Vũ Hựu, phường Thanh Bình, thành phố Hải Dương, tỉnh Hải Dương, Điện thoại: 02203891799*  *3. Văn phòng HĐĐĐ, Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, Số 1, Vũ Hựu, phường Thanh Bình, thành phố Hải Dương, tỉnh Hải Dương* |

**Họ tên người tham gia Họ tên người làm chứng Nghiên cứu viên**

*(Ký và ghi rõ họ tên) (Ký và ghi rõ họ tên) (Kí và ghi rõ họ tên)*

*Lưu ý: 1 bản cho người tham gia, 1 bản cho nghiên cứu viên, 1 bản sẽ được giữ cùng với hồ sơ bệnh án (tại cơ sở y tế đã giới thiệu cho nhóm nghiên cứu người cung cấp thông tin)*