**د پلټنې موضوع د رضايت فورمه**

**Title:** Title

**Protocol No.:** Sponsor

**Sponsor:** Name

**Investigator:** Name

Address

City, State, Zip Code

Country

**Daytime Phone Number:** Phone Number

**24-hour Phone Number:** Phone Number ***(A 24-hour phone number is required for studies that are more than minimal risk)***

Use the Short Form consent process for situations where you unexpectedly encounter a non-English speaking subject and there is not reasonable time to obtain a fully translated consent document. Whenever feasible, you should use a fully translated long consent form to re-consent subjects who signed a short form and to consent future subjects.

This form must be translated into the subject’s or representative’s language before use. Some translations are available at: <http://www.wirb.com/Pages/DownloadForms.aspx>

The regulations require the following signatures when using the Short Form process

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Required to Sign** |
| **Person obtaining consent** | Long Form (English ICF) |
| **Witness** | Short Form and Long Form |
| **Subject**  *If the subject is incapable of consent and either a legally authorized representative (as allowed by protocol) or parent(s) signature is required, replace the subject signature block below with the signature block from the IRB approved main ICF* | Short Form |

**Please fill out the study information above and DELETE these highlighted instructions**.

له تاسو څخه غوښتنه کیږي چې په یوه څیړنه کې برخه واخلئ.

مخکې لدې چې تاسو موافق شئ، تحقیق کوونکی باید تاسو ته د (i) څیړنې د اهدافو، کړنلارو اومودې په اړه ووایی؛ (ii) کومې پروسې چې تجربوي وي؛ (iii) هرډول معقول توقع کېدونکي خطرونه، ناراحتۍ او د څیړنې ګټې؛ (iv) احتمالي ګټوره بدیلې پروسې یا لارې چارې؛ (v) محرمیت به څنګه ساتل کیږي.

کله چې د امکان وړ وي، نو تحقیق کونکی به تاسو ته د نورو معلوماتو وړاندې کولو دمخه اړين معلومات وړاندې کوي.

چېرې چې ممکن وي، څېړونکی به همدارنګه تاسې ته د ددې مواردو په اړه ووايي(i) د زخمي کېدو په صورت کې د طبي درملنې يا تاوان ورکړه؛ (ii) د نه پېش بيني کېدونکو خطرونو احتمال؛ (iii) هغه شرایط کله چې تحقیق کونکی ممکن ستاسو ګډون لغوه کړي؛ (iv) تاسو ته کوم اضافي لګښتونه؛ (v) که تاسو پریکړه وکړئ چې برخه وانخلئ څه به پیښ شي؛ (vi) کله به تاسو ته د نوي موندنو په اړه ویل کیږي کوم چې ممکن ستاسو د ګډون په لیوالتیا اغیزه وکړي؛ (vii) په څېړنه کې به څومره خلک برخه اخلي، (viii) د سوداګریزې ګټې لپاره ستاسو د بیولوژیک نمونو کارول، (ix) آیا تاسو ته به د خپلې څیړنې پایلو په اړه وویل شي، (x) ایا څیړنه کې ممکن د جینوم ټول ترتیب شامل وي (xi) د څیړنې په اړه معلومات به په کلینیکي محکمې ثبت کې د شاملیدو لپاره سپارل شوي او یا به وسپارل شي، او (xii) ستاسو د معلوماتو یا بیولوژیک نمونو کارول په راتلونکو څیړنو کې.

که تاسو د برخه اخیستو سره موافق یاست، تاسې ته باید د دې سند لاسلیک شوی کاپي او د څیړنې لیکلی لنډیز درکړل شي.

تاسو ممکن د تحقیق په اړه د کومې پوښتنې درلودلو په صورت کې هر وخت د پورته تلیفون شمېر ېله لارې د تحقیق ډلې سره اړیکه ونیسئ.

تاسو ممکن د IRB سره (په تلیفون شمیره) اړیکه ونیسئ که تاسو د تحقیق موضوع په حیث د خپلو حقونو په اړه پوښتنې لرئ یا ټپي شوئ، نو څه بايد وکړئ.

ستاسو پدې څیړنه کې برخه اخیستنه داوطلبانه ده او تاسې به جريمه نشئ یا ګټې به له لاسه ورنکړئ که چیرې تاسو برخه وانخلئ یا مخه یې ونیسئ.

د دې سند لاسلیک کول پدې معنی دي چې د پورتنۍ معلوماتو په ګډون د څیړنې مطالعه تاسو ته په شفاهي ډول بیان شوې ، او دا چې تاسو په داوطلبانه ډول برخه اخیستو سره موافق یاست.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Your signature documents your consent to take part in this research. | | |
|  |  |  |
| Signature of adult subject capable of consent |  | Date |
| My signature below documents that the information in the consent form and any other written information was accurately explained to, and apparently understood by, the subject, and that consent was freely given by the subject. | | |
|  |  |  |
| Signature of witness to consent process |  | Date |