

RIDHAA YA KUSHIRIKI KWENYE UTAFITI

Majina kamili ya Mhusika: _____ **IRB Na #:** _____

Jina la Mtafiti Mkuu: _____ **Simu Namba:** _____

Mtafiti wa Chuo Kikuu cha Iowa anakualika ili ushiriki kwenye utafiti huu.

Kabla hujafanya maamuzi ya kushiriki kwenye utafiti huu, mtafiti husika lazima akupe taarifa na maelekezo yafuatayo:

1. Madhumuni ya utafiti huu
2. Utaratibu utakao fuatwa kwenye utafiti huu
3. Mda wako wote kwa ujumla utakao tumika kwenye utafiti huu
4. Mbinu zozote za kimajaribio zitakazo tumika
5. Changamoto zozote za hatari au Usumbufu wowote au faida zozote zitokanazo na utafiti huu
6. Aina yoyote ya mbinu, taratibu au matibabu mbadala yenye manufaa
7. Jinsi maelezo na “data” yako zitakavyo tunzwa kwa usiri.

Ambapo mtafiti husika lazima pia atoe maelezo yafuatayo:

1. Malipo yoyote au matibabu yoyote iwapo majeraha yatatokea
2. Uwezekano wa hatari ambazo hazijaonekana awali
3. Mazingira yatakayo mlazimisha mtafiti kusitisha ushiriki wake kwenye utafiti huu.
4. Gharama zozote kwako za ziada
5. Kitakachofuata ukiamua kuacha kushiriki kwenye utafiti huu.
6. Uvumbuzi mpya ambao unaweza kuathiri utayari wa ushirikiano wako kwenye huu utafiti.
7. Idadi ya watu watakoshiriki kwenye utafiti huu.

Maelezo zaidi kuhusu utafiti huu yanaweza kupatikana kwenye tovuti ya www.clinicaltrials.gov, kwa mujibu wa sheria za U.S. kuhusu baadhi ya tafiti. Tovuti hiyo haitaingizwa maelezo yoyote ambayo yanaweza kutumiwa kukutambua. Unaweza ukaipakua tovuti hiyo muda wowote ule. Mtafiti atakupata taarifa kama maelezo ya utafiti huu yanapatikana ndani ya hiyo tovuti.

Ikitokea kuwa utafiti utahusu upatikanaji au uvumbuzi wa Taarifa Nyeti za Kiafia (Protected Health Information (PHI)), mtafiti lazima akupe nakala ya *Ilani Binafsi* ya Chuo Kikuu cha Iowa iliyo chapishwa kwa lugha utakayo chagua. Kama ukikubali kuwepo kwenye huu utafiti, utatia ishara (signature) kwenye fomu ya Kitengo cha Afya cha Chuo Kikuu la Iowa iitwayo “Receipt of Privacy Notice Form” kabla hujaanza kushiriki kwenye utafiti huu na kabla PHI yoyote haijapatikana au kuvumbuliwa. Mtafiti atakuwasilishia fomu hizi kama utafiti utahusu PHI.

Ikiwa utakubali kushiriki, mtafiti lazima akupe nakala ya hii hati imeandikwa kwa lugha uliyochagua pamoja na nakala ya hati ya ridhaa iliyo idhinishwa na IRB inayolenga utafiti huu, ambayo ni ufupisho wa utafiti huu ulioandikwa kwa lugha ya Kiingereza.

Muda wowote ule ukiwa na maswali kuhusu utafiti huu, usisite kumpigia simu mkuu wa utafiti huu kwenye simu namba iliyotajwa hapo juu.

Ikiwa una maswali au wasiwasi wowote ule kuhusu haki zako kama mshiriki wa utafiti huu, au kuhusu kile unachotakiwa kufanya kama ukipata majeraha kutokana na ushiriki wako katika utafiti huu, tafadhali wasiliana na “Human Subjects Office, 105 Hardin Library for the Health Sciences, 600 Newton Rd, The University of Iowa, Iowa City, IA 52242, (319) 335-6564, au barua pepe kwenda kwa irb@uiowa.edu.

Ushiriki wako kwenye utafiti huu ni kwa hiari yako mwenyewe, na hauta adhibiwa au kupoteza faida zako zozote zile kama ukikataa kushiriki au kuamua kusitisha ushirikiano wako muda wowote ule.

Mshiriki

Saini yako hapo chini inaashiria kuwa mtafsiri alielezea huu utafiti kikamilifu, pamoja na maelezo yote hapa juu, kwa maongezi ya mdomo, na kuwa mtafiti amejibu maswali yako yote kikamilifu, na kuwa umekubali kwa hiari yako mwenyewe kushiriki kwenye utafiti huu.

Chapisha Jina la Mshiriki _____

Saini ya Mshiriki _____ **Tarehe** _____

Mtafsiri

Ninathibitisha kuwa nina ufasaha wa Kiingereza pamoja na lugha ya _____, na kwamba nimewasilisha maelezo yote ya Kiingereza yaliyomo kwenye hati hii ya ridhaa kwake “Mshiriki” aliye orodheshwa hapo juu pamoja na kujibu maswali yote.

Chapisha Jina la Mtafsiri

Saini ya Mshiriki _____ **Tarehe** _____

Shahidi

Nilishuhudia mchakato mzima wa ridhaa hii na nina thibitisha kuwa maelezo yote yaliyomo kwenye hati ya Kiingereza yalielezewa mshiriki aliyetajwa hapo juu, kwa kutumia lugha ifuatayo, _____. Maswali yote yalijibiwa kikamilifu na mshiriki aliyetajwa hapo juu alionekana kuyaelewa maelezo yote.

Chapisha Jina la Shahidi _____

Saini ya Mshiriki _____ **Tarehe** _____

Jina la Mwakilishi mwenye Mamlaka Kisheria (kama husika)

Saini yako hapo chini ina ashiria kuwa wewe ndiye mwakilishi mwenye mamlaka ya kisheria kwa niaba ya mshiriki aliyetajwa hapo juu; na kwamba utafiti huu, pamoja na maelezo yote hapo juu, yote yameelezwa kikamilifu kwako, na kwamba maswali yako yote yamejibiwa kikamilifu, na kwamba unakubali kwa hiari yako mwenyewe kutoa ridhaa kwa niaba ya unaye muwakilisha ili aweze kushiriki kwenye utafiti huu.

Chapisha Jina la Mwakilishi _____

Saini ya Mshiriki _____ **Tarehe** _____