1. PHIẾU THÔNG TIN DÀNH CHO ĐỐI TƯỢNG THAM GIA NGHIÊN CỨU

**Tên nghiên cứu:…………………..**.

**Nghiên cứu viên chính:** …………….

**Giới thiệu:**

Ông(bà)/người thân của ông(bà) được chẩn đoán bị viêm màng não mủ do vi trùng Gram âm, vi trùng này thường gây bệnh trên những người có một số yếu tố đặc biệt như suy yếu về hệ miễn dịch hay nhiễm giun lươn.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu để tìm hiểu xem các yếu tố này cụ thể là gì ở người Việt Nam. Chúng tôi xin mời ông(bà)/người thân của ông(bà) tham gia vào nghiên cứu này.

Trong tờ phiếu này, chúng tôi sẽ cung cấp cho ông(bà)/người thân của ông(bà) thông tin về nghiên cứu để giúp bạn quyết định xem có muốn tham gia nghiên cứu hay không. Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi hay thắc mắc nào, xin vui lòng trao đổi với bác sĩ nghiên cứu.

**Mục đích của nghiên cứu**:……………………………………………………………

**Điều gì sẽ xảy ra nếu bạn tham gia vào nghiên cứu này?**

Nếu ông(bà)/người thân của ông(bà) đồng ý tham gia, chúng tôi sẽ thu thập một số thông tin về đặc điểm bệnh và làm thêm một số xét nghiệm để chẩn đoán nhiễm giun lươn. Chúng tôi sẽ lấy thêm mẫu máu, dịch não tủy, phân và nước tiểu của ông(bà)/người thân của ông(bà) trong quá trình điều trị. Thể tích máu và dịch não tủy lấy làm xét nghiệm nghiên cứu chỉ bằng 1/5 muỗng cà phê (1ml) và được thu thập cùng với các mẫu xét nghiệm thường quy của bệnh viện.

Nếu ông(bà) không đồng ý tham gia nghiên cứu, ông(bà)/người thân của ông(bà) vẫn sẽ được điều trị đầy đủ theo Hướng dẫn điều trị của bệnh viện.

**Lợi ích của bạn khi tham gia nghiên cứu**

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm của bệnh lý viêm màng não mủ do vi khuẩn Gram âm và giúp cải thiện chẩn đoán nhiễm giun lươn. Do đó, kết quả xét nghiệm giun lươn có thể hỗ trợ một phần trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh.

**Thời gian tham gia nghiên cứu**

Thời gian tham gia từ ngày…

**Tính bảo mật**

Thông tin thu thập từ ông(bà)/người thân của ông(bà) và các kết quả xét nghiệm sẽ được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

Mọi thắc mắc, xin vui lòng liên hệ:

BS. , số điện thoại

Email:

1. PHIẾU CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi đồng ý cho tôi/người thân của tôi tham gia vào nghiên cứu “Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm màng não mủ do trực trùng Gram âm tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới”.

Tôi hiểu rằng tôi/người thân của tôi có thể rút khỏi nghiên cứu hoặc ngừng tham gia nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào và điều này sẽ không ảnh hưởng gì tới việc chăm sóc sức khỏe của tôi/người thân của tôi. Bằng việc đồng ý tham gia nghiên cứu này, tôi cho phép nghiên cứu viên sử dụng thông tin cá nhân của tôi/người thân của tôi cho mục đích nghiên cứu. Thông tin của tôi/người thân của tôi sẽ được thể hiện như là một phần của kết quả nghiên cứu nhưng không được tiết lộ tên hoặc các thông tin cá nhân có thể nhận diện của tôi/người thân của tôi.

Nếu tôi có thắc mắc về các quy trình của nghiên cứu, tôi có thể liên hệ với nghiên cứu viên bất cứ thời điểm nào.

Tôi hiểu đầy đủ các nội dung trong phiếu thông tin dành cho đối tượng tham gia nghiên cứu và phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu, và tôi đồng ý tham gia nghiên cứu này.

Tôi đồng ý tham gia vào nghiên cứu này.

□ Đồng ý □ Không đồng ý

Chữ ký của bệnh nhân/người thân bệnh nhân:

Tên bệnh nhân/người thân bệnh nhân:

Ngày:

Chữ ký của nghiên cứu viên lấy phiếu chấp thuận:

Tên của nghiên cứu viên lấy phiếu chấp thuận:

Ngày: