

Ёс зүйн таниулсан зөвшөөрөл /Informed Consent for participation/

Танд:
/Sir/Madam/

Монгол улсын Эрүүл мэндийн яам, Улсын онцгой комиссийн захиалгаар гүйцэтгэж буй АШУҮИС-ийн профессор С.Цогтсайхан удирдагчтай “Коронавируст халдварын (КОВИД-19) эсрэг дархлаажуулалтын дараах дархлаа тогтоцын судалгаа” төсөлт ажилд оролцохыг санал болгож байна.

/ We invite you to participate in a research project mandated by the Ministry of Health and the State Emergency Commission of Mongolia. The project is titled “Study of Immunogenicity After Immunization Against Coronavirus Infection (COVID-19)” and is led by Principal Investigator Professor Tsogtsaikhan Sandag. /

Энэ төсөлт ажил нь дархлаажуулалтад хамрагдсан хүн амд КОВИД-19-ын эсрэг вакцины дараа үүсэх дархлаа ба дархлаажуулалтын ойрын ба алсын үр дүнг үнэлэх зорилготой юм. Ингэснээр цар тахлыг амжилттай даван туулах, хор хөнөөлийг бууруулах, давтан дархлаажуулалт хийх бодлого боловсруулахад шаардлагатай шинжлэх ухааны мэдээлэл, өгөгдөл гарган авах юм.

/ The project aimed to assess post-vaccine immunity to COVID-19 and the short- and long-term protective capacity of immunization. This project will gather essential data for effective policymaking to successfully navigate the pandemic, mitigate its aftermaths, and promote booster vaccinations. /

Бид танаас зарим хувийн мэдээллийг асуумжаар авах болно. Энэ мэдээлэл нь вакцины дараах дархлаа үүсэхтэй холбоотой байж болзошгүй нийгмийн ба хүн амзүйн байдал, эрүүл мэндийн төлөвтэй холбоотой мэдээллүүд байна. Мөн вакцины дараах дархлаа үүссэн эсэхийг шинжлэх зорилгоор вакцины эхний тунгийн өмнө ба хоёрдах тунгийн дараах 3-4 дэх долоо хоногт 5 мл орчим захын цусны сорьц авах юм.

We will request some personal information through a questionnaire. This information will relate to your social background, demographics, and health status, as these factors may be linked to immunization outcomes. Additionally, we will collect a peripheral blood sample of approximately 5 ml before your first vaccine dose and again 3 to 4 weeks after your second dose for specific analysis of protective immunity.

Бид цусны сорьцыг эмнэлгийн тусгай нөхцөлд нэг удаагийн хэрэгсэл ашиглан авах ба цус авах ажилбарыг мэргэжлийн сувилагч гүйцэтгэх учир танд ердийн эмнэлгийн нөхцөлд шинжилгээ өгдөгөөс илүү эрсдэл учрахгүй.

/We will collect a blood sample in a specialized hospital environment. A licensed nurse will perform the procedure using disposable equipment. Therefore, the risks involved will be the same as those you would encounter when having a blood test done in a physician's office. /

Шинжилгээний үр дүнг бид тэр дариуд нь таны e-clinic хаягаар хүргүүлнэ. Ингэснээр та халдвараас хамгаалах дархлаа үүссэн эсэх тухай мэдээлэлтэй болох юм.

/ Test results will be sent to you via the e-clinic application, providing information on your immunity against infections./

Бид таны хувийн мэдээллийг чандлан хадгалах ба төслийн тайлан, эрдэм шинжилгээний өгүүлэл зэрэг ямар ч бичиг баримтад таны нэр дурдагдахгүй. Таны мэдээлэл бүхий хэвлэмэл баримт бичиг нь үндсэн судлаачийн албан өрөөнд хадгалагдана. Таны хувийн мэдээлэл бүхий файлууд хувийн компьютерийн нууц үг бүхий хавтаст хадгалагдах болно.

/ We are committed to preserving your confidentiality. Your name and ID number will not be included in any reports or publicly accessible documents. Any printed materials that contain your personal information will be securely stored in the Principal Investigator's office, locked in a cabinet. Additionally, electronic files containing your personal information will be stored in password-protected folders on the Principal Investigator's personal computer. /

Хэрэв танд судалгааны явцын тухай асууж тодруулах зүйл байвал, эсвэл танд судалгаанд оролцсонтой холбоотой хүндрэл бэрхшээл тохиолдсон бол та төслийн удирдагчийн доорх хаягуудаар хандаж болно,

/If you have questions at any time about this study, or you experience adverse effects as the result of participating in this study, you may contact the Principal Investigator who's contact information is provided below./

Энэ судалгаанд оролцох эсэх нь таны хувийн сайн дурын үндсэн дээр хийсэн сонголт байна. Хэрэв та оролцох шийдвэр гаргасан бол энэхүү таниулсан зөвшөөрөлд гарын үсэг зурж баталгаажуулна уу. Та судалгаанд оролцохоо баталгаажуулж гарын үсэг зурсан ч та ямар нэг тайлбар хийлгүйгээр судалгаанд оролцохос татгалзах эрхтэй. Хэрэв та судалгааг үргэлжлүүлэхээс татгалзсан бол таны өгөгдлийн бид хасч устгах болно.

/ Your participation in this study is voluntary. If you decide to take part in this study, you will be asked to sign a consent form. After you sign the consent form, you are still free to withdraw at any time and without giving a reason. If you withdraw from the study before data collection is completed, your data will be returned to you or destroyed. /

Төслийн удирдагч
Principal Investigator
Сандагийн Цогтсайхан
Tsogtsaikhan Sandag

Гарын үсэг: _____
Signature _____

Анагаахын шинжлэх ухааны үндэсний их сургуулийн

Био-Анагаахын сургуулийн
Дархлаа судлалын тэнхмийн профессор,
Анагаах ухааны доктор, Хүний их эмч
Улаанбаатар хот 142010, Сүхбаатар дүүрэг, 1-р хороо, С.Зоригийн гудамж 3
Утас: (976)-91920868
е-мэйл: tsogtsaikhan.s@mnums.edu.mn

MD, PhD
Professor, Department of Immunology
School of Biomedicine
Mongolian National University

Танилцаж зөвшөөрсөн:

Би дээрх мэдээлэлтэй танилцсан ба асууж тодруулсан болно. Энэ төсөлд би ямар сайн дураараа оролцож байгаа бөгөөд би хүүссэн үедээ ямар нэг тайлбар хийлгүй, ямар нэг нөхөн төлбөр хийлгүй оролцохоо зогсоох эрхтэй болохоо ойлгосон болно.

Би энэ судалгаанд сайн дураараа оролцож байгаагаа мэдэгдэе.

Оролцогчийн

Овог нэр: _____

Гарын үсэг _____

РД: _____

Огноо _____

CONSENT

I have read and I understand the provided information and have had the opportunity to ask questions. I understand that my participation is voluntary and that I am free to withdraw at any time, without giving a reason and without cost.

I voluntarily agree to take part in this study.

Participant's

Name: _____

Signature _____

ID number: _____

Date _____

