



*Համարը N 17-Ն*

*Տիպը* Հրաման

*Սկզբնաղբյուրը* Միասնական կայք 2021.05.03-  
2021.05.16 Պաշտոնական

հրապարակման օրը 06.05.2021

*Ընդունող մարմինը* Առողջապահության նախարար

*Ստորագրող մարմինը* Առողջապահության նախարար

*Վավերացնող մարմինը*

*Ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը* 07.05.2021

*Տեսակը* Հիմնական

*Կարգավիճակը* Գործում է

*Ընդունման վայրը* Երևան

*Ընդունման ամսաթիվը* 07.04.2021

*Ստորագրման ամսաթիվը* 07.04.2021

*Վավերացման ամսաթիվը*

*Ուժը կորցնելու ամսաթիվը*

**Գապեր այլ փաստաթղթերի հետ**

ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐԻ ՀՐԱՄԱՆԸ «ՄԱՐԴԿԱՆՑ ԲՈՒԺՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՈՒՄ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆԵԼԻՄ ՆՈՐ ԴԵՂԵՐԻ, ՄԵԹՈԴՆԵՐԻ, ՁԵՎԵՐԻ, ՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԿԵՆՍԱԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ՓՈՐՁԱՐԿՈՒՄՆԵՐԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԻՐԱԶԵԿՎԱԾ ԳՐԱՎՈՐ ՀԱՄԱԶԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹԸ» ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ**

**ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ**

07 ապրիլի 2021 թ.

N 17-Ն

**Հ Ր Ա Մ Ա Ն**

«ՄԱՐԴԿԱՆՑ ԲՈՒԺՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՈՒՄ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆԵԼԻՄ ՆՈՐ ԴԵՂԵՐԻ, ՄԵԹՈԴՆԵՐԻ, ՁԵՎԵՐԻ, ՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԿԵՆՍԱԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ՓՈՐՁԱՐԿՈՒՄՆԵՐԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԻՐԱԶԵԿՎԱԾ ԳՐԱՎՈՐ ՀԱՄԱԶԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹԸ» ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 38-րդ հոդվածի 3-րդ մասը՝

*Հրամայում եմ՝*

1. Հաստատել՝ «Մարդկանց բուժման նպատակով բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելիս նոր դեղերի, մեթոդների, ձևերի, միջոցների կենսաբժշկական հետազոտությունների և փորձարկումների իրականացման համար իրազեկված գրավոր համաձայնության ձևաթուղթը»՝ համաձայն Հավելվածի:
2. Սույն հրամանն ուժի մեջ է մտնում պաշտոնական հրապարակմանը հաջորդող օրվանից:

**Ա. Ավանեսյան**

Հավելված  
Առողջապահության նախարարի 2021 թ.  
ապրիլի 07-ի թիվ 17-Ն հրամանի

**ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ**

**ՄԱՐԴԿԱՆՑ ԲՈՒԺՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՈՒՄ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆԵԼԻՄ ՆՈՐ ԴԵՂԵՐԻ, ՄԵԹՈՂՆԵՐԻ, ՁԵՎԵՐԻ, ՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԿԵՆՍԱԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ՓՈՐՁԱՐԿՈՒՄՆԵՐԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԻՐԱԶԵԿՎԱԾ ԳՐԱՎՈՐ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅԱՆ**

1. Հրավիրում ենք մասնակցելու -----  
-----

*(հետազոտության/փորձարկման անվանումը)*

2. Հետազոտություն/փորձարկում իրականացնող կազմակերպության անվանումը  
-----

3. Հետազոտություն/փորձարկում իրականացնող կազմակերպության ղեկավարի անունը, ազգանունը  
-----

4. Հովանավոր կազմակերպության անվանումը-----

5. Հետազոտության/փորձարկման նպատակը-----  
-----

6. Հետազոտության/փորձարկման ընթացակարգը-----  
-----

*(նշում լաբորատոր թեստերի, դեղերի, ընթացակարգերի այլ մանրամասների վերաբերյալ)*

7. Մասնակցի ընտրության հիմնավորումը-----  
-----

8. Կամավոր մասնակցությունը-----

*(նշում, որ մասնակիցը կարող է դադարեցնել իր մասնակցությունը հետազոտության/փորձարկման ցանկացած փուլում)*

9. Կողմնակի ազդեցությունները -----  
-----

*(տեղեկատվություն հետազոտության/փորձարկման ընթացքում առաջացող հնարավոր բարդությունների կողմնակի ազդեցությունների մասին)*

10. Ռիսկերը-----  
-----

*(տեղեկատվություն հետազոտության/փորձարկման ընթացքում հնարավոր կամ կանխատեսվող ռիսկերի, վնասի դեպքում տրամադրվող բժշկական օգնության մանրամասների վերաբերյալ):*

11. Մասնակցության օգուտները-----  
-----

*(տեղեկատվություն՝ անհատական կամ հանրային մակարդակներում ակնկալվող ձեռքբերումների վերաբերյալ)*

12. Փոխհատուցումը (ներառյալ վնասի)-----  
-----

*(տեղեկատվություն՝ հետազոտության/փորձարկման ընթացքում ճանապարհածախսի, այցելությունների պատճառով կորցրած աշխատավարձի գումարի փոխհատուցման վերաբերյալ)*

13. Գաղտնիության ապահովումը -----  
-----

*(անձնական տվյալների գաղտնիության ապահովման մեխանիզմների նկարագրություն)*

14. Այլ նշումներ-----  
-----

*(անհրաժեշտության դեպքում հավելյալ տեղեկատվություն՝ կենսաբժշկական հետազոտությունների և փորձարկումների մանրամասների վերաբերյալ)*

15. Հետազոտության/փորձարկման արդյունքների տարածումը-----  
-----

*(հետազոտության/փորձարկման արդյունքների հրատարակման վերաբերյալ տեղեկատվություն՝ սոցիալական ցանցեր, գիտաժողովներ, հրատարակումներ և այլն):*

16. Կոնտակտային անձ -----  
-----

*(այն կոնտակտային անձի տվյալները (անուն, ազգանուն, հեռախոս, էլեկտրոնային հասցե), ում հետ մասնակիցը հնարավորություն կունենա քննարկել հետազոտության շրջանակներում իրեն հետաքրքրող հարցերը)*

17. Էթիկայի հանձնաժողովի անվանումը-----  
-----

*(նշել էթիկայի այն հանձնաժողովը, որի կողմից հաստատվել է տվյալ իրազեկված գրավոր համաձայնությունը):*

18. Ծանոթացա վերոնշյալ տեղեկատվությանը: Հարցեր տալու հնարավորություն ունեցել եմ, բոլոր հարցերիս սպառիչ պատասխան տրամադրվել է:

Սույնով հաստատում եմ համաձայնությունս՝ կամավոր մասնակցելու այս հետազոտությանը/փորձարկմանը որպես մասնակից/խնամող/ծնող (ընդգծել):

*(Մտացալ իրազեկված գրավոր համաձայնության օրինակը)*

Մասնակցի Ա.Ա.Հ-----

Մասնակցի ստորագրություն-----

Ամիս ամսաթիվ-----

*(Մյն մասնակիցները, ովքեր չեն կարող ստորագրել, որպես համաձայնություն թողնում են բուժ մասոի մատնահետքը՝ ստորագրության վանդակի հարևանությամբ):*

Հետազոտություն իրականացնող անձի՝

ԱԱՀ-----

Ստորագրություն-----

Ամիս, ամսաթիվ-----

**Պաշտոնական հրապարակման օրը՝ 6 մայիսի 2021 թվական:**