**ESIMERKKILOMAKE IB-opiskelijoille**

**HUOLTAJAN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN**

**Kognitiiviset testit ja aivotoiminnan mittaus**

Tutkimusprojektin nimi: **Puheen havaitseminen ja tuottaminen**

Tutkijan nimi: Jarmo Hämäläinen

Tutkimushenkilönumero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vastaa kaikkiin kohtiin. Mikäli kohtiin 1-5 tulee yksi tai useampia Ei-vastauksia, osallistuminen ei ole mahdollinen. | Kyllä | Ei |
| 1. Olen perehtynyt tämän tutkimuksen tarkoitukseen ja sisältöön, tutkittaville   aiheutuviin mahdollisiin haittoihin sekä tutkittavien oikeuksiin.Olen lukenut tutkittaville suunnatun tiedotteen tähän tutkimukseen liittyen ja minulla on ollut mahdollisuus kysyä lisätietoja. | |  |  | | --- | --- | |  |  | | |
| Tiedot antoi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 20\_\_\_\_ |  | |
| 1. Tiedän, että osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja minulla sekä lapsellani on tutkimuksen aikana oikeus kieltäytyä mittauksista ja keskeyttää testit ilman, että siitä aiheutuu mitään seuraamuksia. Tiedän, että minulla ja lapsellani on myös oikeus vetää jo kerätty aineisto pois tutkimuksesta. | |  |  | | --- | --- | |  |  | | |
|  |  |  |
| 1. Suostun, että mahdollisen satunnaislöydöksen (esim. epilepsiaan viittaavan aivoaktiivisuuden) yhteydessä lapseni aineiston saa näyttää erikoislääkärille, joka ottaa minuun tarvittaessa yhteyttä. | |  |  | | --- | --- | |  |  | | |
|  |  |  |
| 1. Suostun, että lapseni osallistuu mittauksiin ja testauksiin annettujen ohjeiden mukaisesti. Tutkimustuloksia saa käyttää tieteelliseen raportointiin (esim. julkaisuihin) ja opetukseen sellaisessa muodossa, jossa yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa. | |  |  | | --- | --- | |  |  | | |
|  |  | |
| 1. Suostun, että lapsestani kerättyä aineistoa voidaan jakaa yleisissä tietokannoissa tarkoituksena tieteellinen tutkimus, kuitenkin siten, että yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa. | |  |  | | --- | --- | |  |  | | |
|  |  |  |

Minuun saa olla yhteydessä muiden ChildBrain ja Predictable -osaprojektien tiimoilta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Huoltajan nimi Allekirjoitus Päivämäärä

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutkijan nimi Allekirjoitus Päivämäärä

*Tästä lomakkeesta on kaksi allekirjoitettua kappaletta. Yksi huoltajalle ja yksi tutkijalle.*