

伊利诺伊州梅坞市  
同意参与研究

适用于英语为非母语的研究受试者的简易格式书面同意文件

参与者姓名: \_\_\_\_\_

病历卡号码: \_\_\_\_\_

IRB 协议编号: \_\_\_\_\_

我们邀请您参与一项研究。

在您同意之前，您的医生必须告诉您此项研究的目的、程序和时间长度；任何实验性的程序；此研究存在的任何潜在的风险、不适和益处；任何其他类型的程序或治疗的潜在益处；以及如何保密信息。

如果适用，研究者还必须告诉您发生伤害时可以获得的任何赔偿或治疗；潜在的风险；调查人员可能终止您的参与的情况；任何可能给您造成的额外费用；如果您决定中止参与，可能带来的后果；如果告知您新成果，是否会影响您参与的意愿；以及参与此研究的人数。

如果您同意参与，必须提供给您此文件签署后的复印件以及此研究的一份英文书面摘要。

如果对此研究有疑问，您可以随时联系\_\_\_\_\_，联系方式  
\_\_\_\_\_。

作为一个研究对象，如果对您的权利有疑问，或者发生伤害如何处理的问题，您可以联系  
\_\_\_\_\_，联系方式\_\_\_\_\_。

您参与此研究是自愿的，如果您拒绝参与或者决定中止参与，您不会受到处罚，也不会损害您的利益。

签署此文件意味着已经口头向您说明了此研究和以上信息，并且您自愿同意参与该研究。

\_\_\_\_\_  
参与者签字

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
见证人签字

\_\_\_\_\_  
日期