

知情同意书——简易版

Informed Consent – Short Form – OHR-8S (Simplified Chinese)

Version Date – FOR OHR USE: 11/4/2019

主要研究者:

(Principal Investigator)

电话:

(Telephone)

该知情同意书是为了知悉您是否愿意参与一项研究。在您作出决定之前，相关负责人必须告知您如下信息：

- 研究课题
- 研究组成及该研究与其它标准医疗护理的不同之处
- 研究目的
- 您参与研究的时间长短
- 将要完成哪些实验程序，包括任何实验程序
- 可能存在的风险（包括对生殖系统的影响）及可能带来的益处
- 参与研究的替代选择
- 可能收集哪些健康信息/标本以及如何使用与共享
- 保密信息的保护方式
- 用于任何可能的、与研究相关的伤害（如果不止最小风险）的补偿和治疗
- 联系方式
- 自愿参与——您可以选择不参与或是参与后选择终止，不会受任何惩罚

了解以上信息后，您还需被告知：

- 给研究对象带来的不可预见的风险（包括对生殖系统的影响）
- 研究未经您的允许提前终止的可能性以及研究提前终止的处理程序
- 成本及费用（如果需要支付费用）
- 获悉任何会影响您继续参与研究的意愿度的测试或研究结果以及新信息
- 该研究参与者的人数

若有如下问题:	可联系以下人员或办公室	联系方式
与该研究相关的研究或医学问题，包括治疗及补偿	主要研究者： (Principal Investigator) 研究者： (Investigator)	电话号码： (Phone Number) 电话号码： (Phone Number)
如果您需要联系其他非研究人员了解您作为研究对象的所关心的问题或享有的权利	非研究人员： (Non-Study Personnel) (Note: These are Jefferson IRB numbers. Use numbers for other impartial parties as necessary.)	215-503-0203 215-503-8966 215-955-4239

参与与否取决于您的意愿。您可以选择不参与或参与后终止，而不会受任何惩罚。如果您同意参与，您将要签署此表，并获得该表及信息表的副本。签署此表，即表明您已确认上述信息、您的疑问已得到解答并同意自愿参与此项研究。

参与者工整书写姓名
(Printed Name of Participant)

参与者签名
(Signature of Participant)

日期
(Date)

见证人工整书写姓名
(Printed Name of Witness)

见证人签名
(Signature of Witness)

日期
(Date)