

您会被问及是否要加入一项研究。在您同意参加本研究之前，研究小组的成员必会告诉你一些有关此研究的事项。你会被告知：

- a. 此研究的目的
- b. 在研究中将会有什么事发生在你身上
- c. 此研究将会进行多久和，你会被要求参加多久
- d. 此研究中有什么部份是实验（此实验正在被检测）
- e. 可能的风险或部份研究可能会伤害你或使你感到不舒服
- f. 来自此研究的结果将对你或其他人的益处
- g. 其他可能会有益于你的治疗或程序, 这与你参与的研究无关（治疗替代研究）
- h. 谁将会分享您的一些个人资料
- i. 及如何保护您的个人隐私和信息

研究人员还必须告诉你下面的信息，如果它适用于本研究：

- a. 如果你在此研究中受伤，你是会否收到任何补偿（金钱或免费医疗）
- b. 虽然我们现在还不清楚，但在未来有可能发生的风险，
- c. 会告诉你什么原因令研究人员可能会停止你所参与的研究
- d. 你在研究中任何可能需要承担的费用
- e. 如果你想停止研究, 会有什么事情发生
- f. 什么时候你将被告知在研究中的新发现，此告知可能会导致你改变参加研究的想法
- g. 有多少人在参与本研究

当你得到上述研究人员提供的所有信息后，研究人员将询问您是否要参与研究。如果您同意，研究人员将要求您签署本表格。你一定会得到一份以自己的母语签署的文件副本。你也将得到本研究的英语的书面总结。

你或你的翻译，可就任何有关研究的问题，包括如何应付在研究中的受伤等问题，随时致电(工作人员姓名：_____ 工作人员电话：_____。如果你有关于你作为研究对象的权利等问题，你或你的翻译可致电波士顿医疗中心机构审查委员会办公室 (BUMC IRB Office) 617-638-7207。

你可以自由决定是否要参加本研究。这完全取决于你。你可以决定你不想参与本研究。你也可以决定参与本研究，你也可以随时停止其研究。如果您决定不参加本研究或如果您决定停止其研究，你不会失去任何您所享有应有的福利。不管你做何种决定，都不会改变你的工作人员对待你的方式。但如果你决定要参与研究，你的治疗计划将会有所变更。

签署这份文件意味着，此研究已向你清楚解释。同时意味着，你已被告知所有上述的信息。如果你签署本表格即表示您同意参与本研究。

接受研究者姓名：_____ 签名：_____ 日期：_____

Printed name of witness _____ Signature _____ Date _____