

您會被問及是否要加入一項研究。在您同意參加本研究之前，研究小組的成員必會告訴你一些有關此研究的事項。你會被告知：

- a. 此研究的目的
- b. 在研究中將會有什麼事發生在你身上
- c. 此研究將會進行多久和，你會被要求參加多久
- d. 此研究中有什麼部份是實驗（此實驗正在被檢測）
- e. 可能的風險或部份研究可能會傷害你或使你感到不舒服
- f. 來自此研究的結果將對你或其他人的益處
- g. 其他可能會有益於你的治療或程序, 這與你參與的研究無關（治療替代研究）
- h. 誰將會分享您的一些個人資料
- i. 及如何保護您的個人隱私和信息

研究人員還必須告訴你下面的信息，如果它適用於本研究：

- a. 如果你在此研究中受傷，你是會否收到任何補償（金錢或免費醫療）
- b. 雖然我們現在還不清楚，但在未來有可能發生的風險
- c. 會告訴你什麼原因令研究人員可能會停止你所參與的研究
- d. 你在研究中任何可能需要承擔的費用
- e. 如果你想停止研究, 會有什麼事情發生
- f. 什麼時候你將被告知在研究中的新發現，此告知可能會導致你改變參加研究的想法
- g. 有多少人在參與研究

當你得到上述研究人員提供的所有信息後，研究人員將詢問您是否要參與研究。如果您同意，研究人員將要求您簽署本表格。你一定會得到一份以自己的母語簽署的文件副本。你也將得到本研究的英語的書面總結。

你或你的翻譯，可就任何有關研究的問題，包括如何應付在研究中的受傷等問題，隨時致電(工作人員姓名：____
_____) 工作人員電話：_____。如果你有關於您作為研究對象的權利等問題，你或你的翻譯可致電波士頓醫療中心機構審查委員會辦公室(BUMC IRB Office) 617-638-7207。

你可以自由決定是否要參加本研究。這完全取決於你。你可以決定你不想參與本研究。你也可以決定參與本研究，你也可以隨時停止其研究。如果您決定不參加本研究或如果您決定停止其研究，你不會失去任何您所享有應有福利。不管你做何種決定，都不會改變你的工作人員對待你的方式。但如果你決定要參與研究，你的治療計劃將會有所變更。

簽署這份文件意味著，此研究已向你清楚解釋。同時意味著，你已被告知所有上述的信息。如果你簽署本表格即表示您同意參與本研究。

接受研究者姓名：_____ 簽名：_____ 日期：_____

Printed name of witness _____ Signature _____ Date _____