



马萨诸塞大学医学院
马萨诸塞大学 纪念医疗中心
人类研究对象保护委员会

供不会讲英语的研究对象使用的书面同意书简表
参加研究同意书

参加者姓名: _____ 文件编号: _____

您被邀请参加一项研究。

在您同意参加之前，研究员必须将以下各项告诉您：研究目的、程序和延续时间；任何实验性程序；任何可合理预见的研究风险、不适和益处；可能有益的替代选择程序或治疗方法；以及保密方法。

研究员还必须在任何适用的情况下告诉您受伤时可提供的任何补偿或治疗；出现无法预见风险的可能性；研究员可能中止您参加研究的情形；您需要支付的任何附加费用；如果您决定停止参加研究会出现什么情况；何时会通知您可能影响您参加研究意愿的新研究结果；以及将有多少人参加研究。

如果您同意参加研究，则必须向您提供一份本文件的签名副本和研究书面总结。

您在任何时候有关于研究的问题，请与_____联系，电话号码
_____。

如果您对自己作为研究对象享有的权利或受伤后应采取什么措施有疑问，请打电话给研究对象办公室，电话号码 508-856-4261。

您参加本项研究完全是自愿性的。如果您决定参加本项研究，不会影响您接受的护理。如果您拒绝参加或决定停止参加本项研究，您不会受到处罚或失去福利。

签署本文件表示已经用口头方式向您描述本项研究（包括上述信息），您自愿同意参加。

参加者签名

日期

证人签名

日期