

知情同意書——簡易版

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

Version Date – FOR OHR USE: 11/4/2019

主要研究者：

(Principal Investigator)

電話：

(Telephone)

該知情同意書是為了知悉您是否願意參與一項研究。在您作出決定之前，相關負責人必須告知您如下資訊：

- 研究課題
- 研究組成及該研究與其他標準醫療護理的不同之處
- 研究目的
- 您參與研究的時間長短
- 將要完成哪些實驗程序，包括任何實驗程序
- 可能存在的風險（包括對生殖系統的影響）及可能帶來的益處
- 參與研究的替代選擇
- 可能收集哪些健康資訊/檢體以及如何使用與共享
- 保密資訊的保護方式
- 用於任何可能的、與研究相關的傷害（如果不止最小風險）的補償和治療
- 聯絡方式
- 自願參與——您可以選擇不參與或是參與後選擇終止，不會受任何懲罰

瞭解以上資訊後，您還需被告知：

- 給研究對象帶來的不可預見的風險（包括對生殖系統的影響）
- 研究未經您的允許提前終止的可能性以及研究提前終止的處理程序
- 成本及費用（如果需要支付費用）
- 獲悉任何會影響您繼續參與研究的意願度的測試或研究結果以及新資訊
- 該研究參與者的人數

若有如下問題：	可聯絡以下人員或辦公室	聯絡方式
與該研究相關的研究或醫學問題，包括治療及補償	主要研究者： (Principal Investigator) 研究者： (Investigator)	電話號碼： (Phone Number) 電話號碼： (Phone Number)
如果您需要聯絡其他非研究人員瞭解您作為研究對象的所關心的問題或享有的權利	非研究人員： (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

參與與否取決於您的意願。您可以選擇不參與或參與後終止，而不會受任何懲罰。如果您同意參與，您將要簽署此表，並獲得該表及資訊表的副本。簽署此表，即表明您已確認上述資訊、您的疑問已得到解答並同意自願參與此項研究。

 參與者正楷姓名

(Printed Name of Participant)

 參與者簽名

(Signature of Participant)

 日期

(Date)

 見證人正楷姓名

(Printed Name of Witness)

 見證人簽名

(Signature of Witness)

 日期

(Date)