COMIRB#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Study Title:

# 科罗拉多州多机构审查委员会

**COLORADO MULTIPLE INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**

# 针对非英语使用者参与研究的简式书面知情同意书

您将受邀参加一项研究。参与研究为自愿行为。研究人员将在您决定之前向您提供相关信息，帮助您了解您可能愿意或不愿意参与该研究的原因。此类信息包括：研究原因、研究中可能会出现的意外情况（如参与研究）、哪些部分（如果有的话）将用于实验、参与研究所需的时间、您可能遇到的风险和不适、参与研究的益处，以及其他可选的手术或治疗方法。

您可以向研究人员询问您的任何疑问。

研究人员还将告诉您：您是否需要支付任何费用、您将如何获取任何关于研究的新信息（尤其是可能影响您决定继续参与研究的信息）、您可以何种方式停止参与研究、医生可以何种方式让您退出研究、您退出研究会的后果、多少人将会参与研究、如果研究使您受到伤害且您必须为此负责，您将如何接受医疗护理、我们未来将如何使用或与其他研究人员共享您的信息，以及我们将如何保密您的身份信息。

如果您对研究有任何疑问，或者您认为研究使您受到伤害，可以联系：

姓名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电话： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

如果您对自己作为研究参与者的权利有任何疑问，请致电科罗拉多州多机构审查委员会（电话：303-724-1055）或发送电子邮件至 COMIRB@ucdenver.edu。

您可以选择不参与研究或随时退出研究，但您不会因此丧失您有权享有的任何特权。

如果您同意参与该研究，您将会收到一份本《简式书面知情同意书》已签署并注明日期的副本（以您懂的语言编写），以及一份该研究的英文书面概述（同意书）的副本。

签署本简式同意书即表示：我们已经以您懂的语言口头告知您英文概述（同意书）中的所有信息；您已就上述信息进行讨论，我们已就您的任何问题做出回答；您自愿同意参与该研究。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： 年 月 日

参与者签名（或经机构审查委员会批准的法定代理人）

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： 年 月 日

口头陈述见证人签名（或口译人员）

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： 年 月 日

口译人员签名

*研究参与者： 仅签署本《简式书面知情同意书》*

*见证人：* *签署本《简式书面知情同意书》与《英文概述》（《同意书》）*

*口译人员：* *仅签署本《简式书面知情同意书》*

*征求同意的人：* *仅签署《英文概述》（《同意书》）*