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

Study Title:

# 科羅拉多州多機構審查委員會

**COLORADO MULTIPLE INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**

# 針對不會讀英語人士的研究書面知情同意書之簡易表格

目前，您正在被邀請參加一項研究。參與研究屬於自願行為。在您作出決定之前，調查人員會先向您提供相關資訊，説明您瞭解為什麼您可能想參加研究和為什麼您可能不想參加研究。此等資訊將包括為什麼開展研究，您會面臨哪些事項（如果您參加研究），哪些部分（如有）是屬於試驗性質的，您將參與研究多長時間，您會面臨哪些風險和不適，您會得到哪些福利以及會有哪些可用的備選程式或治療。

詢問您不清楚的任何事項。

調查人員將告訴您您是否需要支付任何款項，如何告知您關於研究的任何新資訊（尤其是如果此等資訊可能會影響您繼續參加研究的決定），您可以如何終止參加研究，醫生可以如何讓您退出研究，如果您退出研究會怎樣，有多少人會參加研究，您可以如何獲得醫療護理（如果您因為研究受傷且您需要自行支付相關費用），未來會如何使用您的資訊或與其他研究人員共用以及如何對您的可識別資訊進行保密處理。

如果您有任何關於研究的問題或如果您認為您因參加研究而受傷，您可以聯繫，

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

電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

如果您有關於您作為研究參與者之權利的任何問題，請聯繫科羅拉多州多機構審查委員會，電話：303-724-1055 或 發送電子郵件至 COMIRB@ucdenver.edu.

您可以選擇不參與研究或您可以隨時退出研究，您所有的特權不會受到任何損失。

如果您同意參加研究，您必須獲得利用您懂得的語言編寫的本簡易表格之簽署姓名和日期的副本以及該研究英語書面概述（同意書）副本。

簽署本表格即表明已口頭通過您理解的語言向您提供英語概述（同意書）表格中的所有資訊，您已討論相關資訊，您的疑問也得到回答，您自願同意參與該研究。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

參與者（或 IRB 批准之法定授權代表）簽名

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

口述證人簽名（也可能是口譯員）

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

口譯員簽名

*參與者： 僅簽署本簡易表格*

*證人： 簽署本簡易表格和英語概要（同意書文件）*

*口譯員 僅簽署本簡易表格*

*獲得同意之人士 僅簽署英語概要（同意書文件）*