# 参加研究同意书

|  |  |
| --- | --- |
| 研究题目 | [研究题目] |
| 主研究员 | [PI 全名] |
| 赞助商名称 | [赞助商全名] |
| IRB 批准期 | [IRB 批准期：月月/日日/年年年年 – 月月/日日/年年年年] |
| 研究编号 | [Study#] |

您已被邀请参加一项研究。已用您的语言——中文，向您介绍上述研究。

已向您解释下列信息：

* 为何进行研究以及您在研究期间需要做什么
* 需要进行研究的研究部分以及您参加研究的持续时间
* 研究对您或他人产生的任何风险、益处或不适
* 若您不参加研究，可获得的其它治疗
* 谁可查看您的研究记录
* 您的研究记录将如何保密

如果您因参加研究而受到伤害，您将从 NYU Langone Health获得所需的医疗护理和治疗。但是，您必须直接或通过您的医疗保险和／或医疗保险的其它形式支付有关医疗费用。您将不会获得任何金钱。

如果您对研究、副作用或研究导致的损伤有任何疑问，您可致电[电话号码]联系[个人或部门的姓名]。

如果您需要紧急护理，您可致电 911 或前往急诊室。

如果您对您作为研究受试者的权利有任何疑问，您可致电 212-263-4110 联系 Office of the Institutional Review Board (IRB)。IRB 是监督本机构研究的委员会。

您将获得本同意书经签署的副本。您还将获得一份有关研究的书面概要。

参加研究是自愿行为。您可随时改变您参加研究的主意，而不会影响您在本机构的未来护理。

签署本同意书意味着已经口头向您介绍研究（包括上述信息），以及您自愿同意参加研究。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受试者** | **（姓名印刷体）** | **日期** |  |
| 签名 |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **见证人／译员** | **（姓名印刷体）** | **日期** |  |
| 签名 |  | | |