

洛杉矶儿童医院  
参与研究调查同意书

患者姓名：\_\_\_\_\_

医疗记录编号：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

我们要求您或您的子女参与一项研究调查。研究调查是科学家（医生、护士和其他专业人员）尝试了解事情的真相和取得新的知识。研究调查可能是关于身体的功能、疾病的起因、如何治疗疾病或人们对某些事情的想法和感受。

在您或您的子女决定是否参加本研究调查前，研究员必须告诉您 (i) 研究调查的目的、将进行的活动（即研究步骤）和研究实践多长；(ii) 任何实验性（进行试验）的步骤；(iii) 任何可能的风险、不适合研究的利益；(iv) 任何其他可能有帮助的步骤或治疗；(v) 如何保护您的隐私。

在适当的时候，研究员也必须告诉您有关 (i) 如果受伤或受害时是否有任何赔偿或治疗；(ii) 未知的风险的可能性；(iii) 在什么样的情况下研究员可能会终止您参加研究；(iv) 任何您需要支付的额外费用；(v) 如果您决定停止参加研究时会怎么样；(vi) 您什么时候会得到通知有关可能会影响您参加研究的意愿的新发现；(vii) 参加调查的人数。

如果您同意参加，您必须得到本文件的签名本和一份本研究的核准同意表的英文本。

如果您对研究有任何疑问，或如果您受伤并希望知道应如何做，请随时联络

\_\_\_\_\_，电话号码：\_\_\_\_\_。

如果您对于成为受试者的权利有任何疑问，您可以联络 CHLA 人体受试者保护计划，电话号码：323-361-2265。

您参加本研究纯属自愿（您自己的选择），如果您拒绝参加或决定终止，您不会受处罚或失去任何福利。

签署本文件表示包括上述信息的研究调查已用口头方式向您说明，而且您自愿同意参加。

参加者签名

日期

\_\_\_\_\_  
家长签名 ( 如适用 )

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
证人正楷姓名/签名

\_\_\_\_\_  
日期

*The witness's signature serves to attest that he/she provided the interpreting services and assisted with conveying explanation and questions and answers in the language spoken by the subject or the subject's parent/legal guardian.*

Routing of signed copies of the consent form: 1) Give to Parent; 2) Medical Records; 3) Investigator's file.

**CCI#:**