

洛杉磯兒童醫院
參與研究調查同意書

參加者姓名： _____

醫療記錄號碼： _____ 生日： _____

我們要求您或您的孩子參加一項研究。研究是指研究人員（醫生，護士以及其他專業人士）力求弄清事理並獲取新知識。研究可能有關身體運行、疾病起因、疾病的治療或有關人們對某些事項的所思所感。

在您決定您或您的孩子是否將參加這項研究之前，調查研究人員必須向您告知 (i) 本項研究的目的、將要發生的活動 - 這些稱為程序，以及研究的持續時間；(ii) 任一實驗性程序（正在試驗中）；(iii) 本項研究可能帶來的任何危險、不適以及利益；(iv) 任何其他有潛在幫助的程序或治療以及 (v) 您的隱私如何得到維護。

如果適用，調查研究人員也必須向您告知 (i) 如果發生損傷或受到損害，有何支付手段或醫療方法；(ii) 未知的可能性危險；(iii) 在什麼情形下調查研究人員可能會停止您的參與；(iv) 您要負擔的任何追加費用；(v) 如果您決定停止參加會發生的情形；(vi) 何時將向您告知可能會影響您參加意願的新發現，以及 (vii) 共有多少人參加本項研究。

如果您同意參加，您必須得到一份已簽名的本文件和一份准許參加本項研究同意表（英文表）。

任何時候您如果對調查有疑問，或對如果受傷該怎麼處理有疑問，您可以和
_____ 聯絡，電話是 _____。

如果您對自己作為研究參加者的權利有任何疑問，可以和 CHLA 人體受試者保護計劃聯絡，電話是 323-361-2265。

您參加這項研究屬於自願（您自己的選擇），如果您拒絕參加，或決定停止，您不會受到處罰，也不會失去利益。

在本文件上簽名表示包括以上信息的本項研究，已經口頭向您描述過，您自願同意參加。

參加者簽名

日期

父母 (如適用) 簽名

日期

正楷簽名/見證人簽名

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#: