参与者同意书

研究课题 ：

研究者姓名及联系方式：

参与者身份编号：

在以下表格签字

（如线上参与，打对勾）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 我确认已阅读并理解关于上述研究的《参与者信息表》（日期）。 |  |
| 1. 我有时间与机会考虑所提供的信息，提出问题，并得到满意答复。 |  |
| 1. 我明白我的参与是完全出于自愿。我可以在任何时候要求退出，并无需给出理由。 我的医疗护理或法律权利（以上提到的《参与者信息表》）不会因此受到影响。 |  |
| 1. （如适用）我明白我的匿名资料会存储最少X年。将来可能会被用于其他批准的研究。 |  |
| 1. （如适用）我理解赞助方（爱丁堡大学）会有相关人员审阅我参与的相关（医疗笔记）和提取的数据。我给予上述相关人员权限审阅我的数据（和/或医疗笔记）。 |  |
| 1. （如适用）我已知目前参与此次讲究会有潜在感染新冠病毒的危险，我已知对此采取的减少感染和传播的相应措施。 |  |
| 1. （如适用）我同意告知我的个人医生，关于参与上述研究课题的事宜。 |  |
| 1. （如适用）我同意对我的采访进行录音/摄像（删除不适用项）。 |  |
| 1. （如适用）我同意由第三方合同人对采访我的音频/视频（删除不适用项）进行文字转录。 |  |
| 1. 我同意参加这项研究。 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 知情同意的参与者签名 | 日期 | 签名 |
| \_ | \_ | \_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 获得知情同意的研究者签名 | 日期 | 签名 |
| \_ | \_ | \_ |