**参与研究的简短知情同意书**

您被邀请参加一项研究。

在您同意之前，研究人员必须告诉您以下内容：

1. 研究的目的、程序和持续时间。
2. 任何实验性程序。
3. 此项研究的任何可合理预见的风险、不适和益处。
4. 任何潜在有益的替代程序或治疗。
5. 如何为参与者保密。

在适用的情况下，研究人员会在向您提供其他信息之前，提供有关研究的关键信息。

在适用的情况下，研究人员还必须告诉您以下信息：

1. 如果发生伤害，任何可用的补偿或医疗。
2. 存在不可预见风险的可能性。
3. 在哪些情况下研究人员可能会终止您参与研究。
4. 给您带来的任何额外费用。
5. 如果您决定停止参与研究会发生什么情况。
6. 当出现会影响您参与研究的决定的新发现时，会在何时告知您。
7. 此项研究将招募多少参与者。

如果您对研究有任何疑问，或者如果您对受伤后该怎么办有疑问，您可以联系 [Insert name of PI]，电话 [Insert phone number]。

如果您对您作为研究参与者的权利有任何疑问或疑虑，您可以联系 Castle Institutional Review Board (Castle IRB)，电话 (888) 442-2472 或电子邮箱 irbteam@castleirb.com。

参与研究完全是自愿的。您可以随时拒绝参与或决定停止参与研究，而不会受到处罚或损失您有权获得的利益。

签署本文件即表示已向您口头描述了该研究，包括上述信息，并且您自愿同意参与。如果您同意参与，则必须向您提供一份已签名的本文件副本和一份研究的书面摘要。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

研究参与者签名 日期

Signature of Participant Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

同意过程的见证人签名 日期

Signature of Witness to Consent Process Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

征得同意人员的签名 日期

Signature of Person Obtaining Consent Date