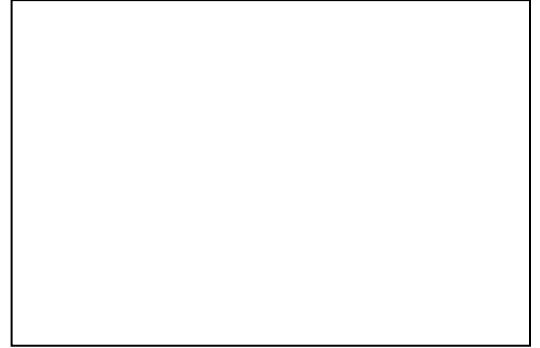


연구책임자:_____

연구제목:_____



University of Illinois at Chicago

비영어권 사람들을 위한 요약서

귀하의 연구 참여 의사를 묻고 있습니다.

연구 담당 의사 또는 간호원으로부터 다음 사항에 대한 설명을 들은 다음, 참여 여부를 결정하십시오.

- 연구의 목적
- 연구에 참여하는 경우 진행되는 과정(시험, 테스트, 치료, 등)
- 연구가 실험적인가의 여부
- 연구지속 기간
- 연구 도중 발생 가능한 위험, 불편 사항 및 이점(테스트 또는 치료 도중에 예상치 못한 부작용이 발생할 가능성이 있음)
- 이 연구의 결과가 가져올 혜택
- 귀하에게 돌아오는 직접적인 혜택
- 귀하의 개인정보 보안 대책

또한 연구와 관련해서는 다음 사항에 대한 설명을 들으신 후 참여여부를 결정하십시오.

- 연구로 인해 상해를 입은 경우 치료 여부 및 귀하의 치료비 분담 여부
- 아직 알려지지 않은, 연구의 위험성 여부
- 연구 담당 의사가 귀하의 연구 참여를 중단시키게 되는 경우에 대한 이유
- 귀하께서 분담해야 할 부가비용 여부
- 귀하께서 더 이상 연구에 참여하길 원치 않는 상황에 일어날 일들
- 연구에 관한 새로운 정보, 특히 이 정보가 귀하의 연구 활동 참여 결정에 영향을 미칠 수 있는 경우에, 귀하에게 통보하는 시기
- 연구 참여 인원

연구에 참여한다고 동의하시면, 서명한 본 양식의 사본 및 연구 요약서를 드립니다.
궁금한 점이 있으시거나 연구중 다치시는 일이 생기면 언제든지 담당자
_____ (조사 담당자 이름) 씨의 전화
_____ (조사 담당자 전화 번호) 번으로 문의하십시오.

연구참여자의 권익에 대한 질문에 있으시면 Office for the Protection of Research Subjects (OPRS)로 연락하십시오. 전화는 (312) 996-1711 번이나 1-866-789-6215 (수신자 부담) 번이며 전화우편 주소는 uicirb@uic.edu 입니다.

귀하의 연구 참여는 전면적으로 귀하의 뜻이며, 지금 참여를 거부하거나 나중에 마음을 바꾸시는 경우에도 귀하에게 피해가 오는 일은 없을 것입니다.

본 양식에 서명하는 것은, 위에 나열된 연구관련 사항에 대한 설명을, 귀하께서 이해할 수 있는 언어로 직접 들었다는 것을 의미합니다. 또한 귀하께서 자율적으로 연구참여를 동의하심을 의미합니다.

_____ 날짜
귀하의 서명

귀하의 성명

_____ 날짜
증인의 서명

증인의 성명

법적 대리인이 대신 서명을 하는 경우 아래란에 서명해 주십시오. 해당사항이 없으면 N/A 라고 적어 주십시오.

_____ 날짜
법적대리인의 서명

법적대리인의 성명