

PI 名称： _____

协议标题： _____

此栏不用填写 - 办公室专用

芝加哥伊利诺大学

本简表将提供给英语能力有限者

您将被要求参与此项调查研究。

在同意参与此项研究之前，你必须被告知：

- 实行此项研究的原因；
- 在研究过程中，你将被要求作的事和任何考试、测验或活动；
- 研究中是否有任何具有实验性的考试、测验或活动；
- 此研究将持续多长时间；
- 已知或已发生在其它人身上的潜在危险或不适；
- 此研究可预期的任何利益；
- 可能对你有益的其它任何手续或治疗；
- 你的个人机密将如何得到保存。

研究员必须告诉你有关此研究：

- 如果你因为此项研究而受到伤害，有没有可用的医疗服务？
- 目前未知的研究可能产生危险，
- 研究员可能中止你参与本研究的原因；
- 参与本研究对你产生的额外开支；
- 如果你决定退出本研究会有什么结果；
- 何时你将被告知新的研究结果，这可能影响你继续参与本研究的意愿；和

- 参与本研究的人数。

如果你同意参与此项调查研究，你必须获取一份本文件的署名副本和本研究的书面摘要。

你可以连系 _____ 电话号码是 _____

在本研究过程中如果你有关于本研究的问题或者你受到伤害，请随时联系我们。

如果你有任何问题关于作为研究对象的自身权利，你可以连系研究对象保护办公室（Office for the Protection of Research Subjects，简称OPRS），电话是 (312) 996-1711 或 1-866-789- 6215（免费电话号码），或电邮 uicirb@uic.edu。

你对本研究的参与是自愿的，你将不会因为拒绝参与或决定退出而受到处罚或丧失福利。

签署本文件意指本调查研究包括上述讯息，你已得到用你懂得的语言口头解释给你听，并且自愿同意参与本项研究。

参与者签名

日期

参与者姓名（以印刷体填写）

见证人签名

日期

见证人姓名（以印刷体填写）

如果有法律授权代表人（LAR）为参与者签署，请在下方签名。若无，请注明不适用。

法律授权代表人签名

日期

姓名（以印刷体填写）