



COOK COUNTY HEALTH

Leadership

Toni Preckwinkle
President
Cook County Board of Commissioners

Israel Rocha, Jr.
Chief Executive Officer
Cook County Health

Board of Directors

M. Hill Hammock
Chair of the Board

David Ernesto Munar
Vice Chair of the Board

Robert Currie
Hon. Dr. Dennis Deer, LCPC, CCFC

Mary Driscoll, RN, MPH
Raul Garza
Ada Mary Gugenheim

Joseph M. Harrington
Mike Koetting
Heather M. Prendergast, MD, MS, MPH
Robert G. Reiter, Jr.
Otis L. Story, Sr.

这是一份简短的书面同意文件,提供给说 _____ 的研究参与者使用

本文件必须以研究参与者可以理解的语言进行编写

您被要求参加一项研究。

在您同意之前,调查员必须告诉您(I)研究的目的,程序,持续时间;
(II) 任何实验程序; (III) 研究的任何可预见的风险,不适和研究益处; (IV) 任何潜在的替代程序或治疗;
(V) 将如何进行保密。

调查员还必须告诉您 (I) 如果发生伤害,任何可用的补偿或医疗; (II) 发生不可预见风险的可能性; (III) 调查员可能让您停止参与的情形; (IV) 给您增加的任何费用; (V) 如果您决定停止参与会发生什么; (VI) 当您被告知研究新发现时,可能会影响您的参与意愿;(VII) 研究中有多少人参与。

如果您同意参与, 则必须向您提供一份签名的本文件副本和一份研究的书面摘要。

您任何时候对研究有疑问,可通过(电话号码)_____ 与 _____ (研究者姓名) 联系

如果您对自己作为研究参与者的权利有任何疑问,可以在工作时间致电 (312) 864-4821 联系库克县卫生机构审查委员会。

您参与这项研究是自愿的,如果您拒绝参与或决定停止,将不会受到处罚或失去福利。

签署本文件即表示本研究,包括上述信息,都已向您进行了口头解释,您自愿同意参与。

研究参与者姓名

研究参与者签名

日期

证人姓名

证人签名

日期

*证人可以是口译员,除非口译员也是需要得到同意的人。