

# 参与者 知情同意 表格

# GECKO



NIHR Global Health Research Unit on  
Global Surgery

#	声明 (请阅读)	参与者 (每个空格填写姓名首字母或指模)
1	我阅读/已阅读上述研究的患者信息表 (日期DD/MM/YYYY, 版本____), 并有机会考虑这些信息并提出问题。	
2	我明白我参与这项研究是自愿的, 我可以随时退出, 而不需要给出理由。我明白选择退出不会影响到我未来的医疗护理。	
3	我允许研究人员查看我的医疗记录, 以获得有关我的护理的信息, 并作为这项研究的一部分联系我。	
4	我被告知并明确同意, 作为本研究的一部分, 我的数据会被处理。我很高兴我的信息被存储在医院和英国伯明翰大学的受密码保护的电脑系统中。会被备份在独立的位置, 以保证我的信息的安全。	
5	我在充分了解其风险、益处和替代方案后, 同意参加这项研究。	

参与者姓名	取得知情同意的首席研究员(PI)/被提名人姓名
参与者签名 (或盖拇指指模)	.本人, 以下签署人, 已花时间以他们能够理解的方式, 向上述患者充分解释了本研究的性质和目的。我已经解释了所涉及的风险以及可能产生的好处。我已邀请他们就与他们有关的研究的任何方面提出问题。
	研究者签名
参与者签名 (或盖拇指指模) 日期 DD / MM / YYYY	研究者签名日期 DD / MM / YYYY

一式三份：患者、医院负责人、医院各一份