



프로토콜 번호: _____

연구 책임자 이름: _____

동의서를 받은 연구원 이름: _____

본 동의서 전반에 걸쳐 사용되는 “귀하”는 연구 참가자를 의미합니다. 또한 이 조사 연구에 피험자의 참여를 동의할 수 있는 권한을 가진 사람을 의미합니다.

조사 연구 참여를 위한 동의

귀하는 조사 연구에 참여하기를 요청받고 있습니다. 시간을 두고 결정을 내리시고 가족 및 친구들과 의논하시기 바랍니다.

참여에 동의하기 전에 연구원은 다음 사항을 귀하에게 알려드려야 합니다.

- 1) 연구 목적, 절차 및 기간
- 2) 모든 실험적인 절차
- 3) 연구의 합리적으로 예측 가능한 위험, 불편함 및 이점
- 4) 잠재적으로 혜택이 되는 대체 절차 또는 치료법
- 5) 기밀성 유지 방법 및 귀하의 건강 정보 보호 방법

해당되는 경우, 연구원은 다음에 대해서도 알려드려야 합니다.

- 1) 부상이 발생하는 경우 가능한 보상 또는 의학적 치료
- 2) 예측할 수 없는 위험 가능성
- 3) 연구원이 귀하의 참여를 중단시킬 수 있는 상황
- 4) 귀하에게 추가되는 비용
- 5) 귀하가 참여를 중단하기로 결정하는 경우 일어날 수 있는 일
- 6) 귀하의 참여 의지에 영향을 줄 수 있는 새로운 발견에 대해 듣게 되었을 경우
- 7) 연구 참여 인원
- 8) 임상 시험의 경우: 이 임상 시험에 대한 설명은 미국 법률에서 요구하는 대로 www.ClinicalTrials.gov 에서 볼 수 있습니다. 이 웹사이트는 귀하를 식별할 수 있는 정보는 포함하지 않습니다. 기껏해야 이 웹사이트는 결과의 요약을 포함합니다. 귀하는 언제든지 이 웹사이트를 검색하실 수 있습니다.

귀하가 참여에 동의하는 경우, 서명한 이 문서 및 연구에 대한 영문본 동의서를 받게 됩니다.

연구 또는 연구 관련 부상에 대한 질문이 있는 경우 _____의
_____에게 연락하실 수 있습니다.

조사 연구 참여를 위한 약식 동의서

다나-파버/하버드 암센터(DF/HCC)

BIDMC/BWH/BCH/DFCI/MGH/네트워크 제휴사

버전: 01/08/16

또한 연구 피험자로서 귀하의 권리에 대한 질문 사항이 있는 경우 다나-파버 암연구소의 임상시험심사위원회(IRB)에 (617)632-3029 로 연락하실 수 있습니다.

이 조사 연구에 대한 귀하의 참여는 자발적이며 참여를 거부하거나 중단하기로 결정하는 경우에도 어떤 불이익을 받게 되거나 혜택을 잃지 않을 것입니다.

이 문서에 서명함으로써 위의 정보를 포함하여 조사 연구가 귀하에게 구두로 설명되었고 귀하가 자발적으로 참여하는데 동의하였다는 것을 의미합니다.

동의서

10~18 세 참가자 서명 이 조사 연구를 하는 사람은 본인이 이 조사 연구에 참여할 경우 본인에게 어떤 일이 일어나는지 설명해 주었습니다. 아래의 서명은 본인이 이 연구에 참여하고자 한다는 것을 의미합니다. 본인은 원하지 않을 경우 이 조사 연구에 참여하지 않기로 할 수 있으며, 연구에 참여하지 않기로 한다고 해서 본인에게 어떠한 불이익도 발생하지 않습니다.

참가자 서명

날짜

동의서

참가자 서명
또는 법적 권한 있는 대리인

날짜

법적 권한이 있는 대리인의 참가자와의 관계

법적 권한 있는 제 2 대리인 서명

날짜

법적 권한 있는 제 2 대리인의 참가자와의 관계

통역자/입회인 서명

날짜