

研究项目名称: 新加坡人口健康研究 (SPHS) – 多元种族队列第 3 阶段(NUS-IRB 参考号码: LH-19-004)
首席研究员: Sim Xueling 副教授、苏瑞福公共卫生学院 (SSHSPH)、新加坡国立大学 (NUS)、 翁俊民基金大厦、12 Science Drive 2, #10-01, Singapore 117549.

A 部分

我谨此确认:

1. 我收到了一份讲解在本研究中使用我的数据的参与者信息表。
2. 签署本同意书, 即表示我理解其内容并同意:
 - i) 为本研究的目的提供我的身份证号码, 其中包括从我的医疗保健提供者、福祉和健康促进机构、政府部门以及国家电子医疗记录和登记册收集相关的健康状况资料; 以及
 - ii) 接受一项有录音的访谈。而且如有必要, 将联络我并确认采访资料以用于质量控制目的。
3. 我可以随时告知首席研究员而退出该项研究。我知道撤回同意不会影响在撤销之前获得的研究资料, 这些资料仍可保留并用于研究。

B 部分

我特此进一步同意在以下情况下被再次联系:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | 是 | 否 |
| 1. 在参与者信息表中指定的情况下, 进一步同意。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 受邀参加未来 3 至 5 年与本研究相关的随访。我了解未来的随访需要得到研究道德委员会 (IRB) 的批准, SSHSPH 可能会要求相关部门提供我最新的联系信息。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 受邀参加未来的公共卫生研究。我了解未来的研究需要得到 IRB 的批准。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C 部分

捐献数据用于未来研究。

我同意在这项研究中捐献我的数据, 以供未来公共卫生研究使用, 这些研究可能会在本地或海外进行。捐献的数据将被编码。未来的研究需要得到 IRB 的批准。我不会收到任何研究结果。我也了解部分数据将在公共科学数据库中共享以进行研究和教育。SPHS 运营团队可能会重新识别数据, 以便就我在上述 B 部分中同意的条件与我联系。

**翻译员.....(翻译员身份证上的姓名)
已使用我能听懂的.....(语言)
向我解释了此项研究。

参与者的姓名 (与身份证上相同)

参与者签名

身份证最后三个号码以及字母 (参与者)

--	--	--

同意日期

日 (DD) 月 (MM) 年 (YYYY)

征求同意者的姓名 (与身份证上相同)

征求同意者签名

--	--	--

同意日期

日 (DD) 月 (MM) 年 (YYYY)

** 翻译员已使用 (语言) 向参与者解释这项研究。

翻译员的姓名 (与身份证上相同)

翻译员签名

--	--	--

同意书日期

日 (DD) 月 (MM) 年 (YYYY)

** 如果参与者无法阅读参与者信息表和知情同意书或任何翻译版本, 请填写这些部分。