



## 研究参与者知情同意书 参加研究中心探访

附件 G

SPHS 热线电话: 6478 9608

**研究规范名称** : 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 (PI)** : 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。本人谨此确认:**

1. 我收到了一份说明在本研究中使用我的数据和样本的参与者信息表。
2. 签署此同意书, 即表示我理解其内容并同意为了研究之故接受探访研究中心。在此探访中, 我可以选择捐献最多 32.5 毫升 (约 3.5 汤匙) 血液样本和 20 毫升尿液样本供研究使用。
3. 我可以随时告知首席研究员而退出研究, 但如果我已经为本研究捐赠样本, 我只能撤销同意, 以停止使用任何可重新识别的未使用的部分样本。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:**

1. 如果在本研究过程中或将来的研究中发现医疗问题, 而 NUS 认为该发现对我寻求适当的医疗建议很重要, 请联系我。我理解, 我参与该研究不被视为常规治疗, 研究人员并非能够提供诊断的合格医生。

是	否
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C 部分。捐献数据和样本用于未来公共卫生研究。**

我了解, 捐献的数据和样本将编码供未来公共卫生研究中使用, 这些研究可能是在本地或海外进行。未来的研究需要得到 IRB 的批准。我不会收到任何研究结果。如果我拒绝捐献样本用于未来研究, 则不会存储任何样本用于未来研究。我还了解, 部分已编码的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。我特此同意:

1. 捐献 6 毫升的尿液样本用于未来研究使用。
2. 捐献 22.5 毫升 (约 2.5 汤匙) 的血液样本用于未来研究使用。
3. 在未来基因研究中使用我的数据和样本。
4. 在未来研究中使用我的数据和样本, 涉及商业公司的测试和产品开发。我不会从研究的商业开发中获得任何经济利益。

是	否
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>**翻译员</b> ..... (翻译员身份证上的姓名) 已使用我能听懂..... (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	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">X</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center; font-size: small;">身份证最后三个号码以及字母 (参与者)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">日</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">月</td> <td colspan="2" style="width: 40px; text-align: center;">年</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>	X	X	X	X	X				身份证最后三个号码以及字母 (参与者)								日	月	年					
X	X	X	X	X																						
身份证最后三个号码以及字母 (参与者)																										
日	月	年																								
本人, 见证人, 特此证实以下事项: a) 我已年满21岁或以上。 b) 我已采取合理措施确认参与者的身份。 c) 据我所知并确认, 参与者已被用他/她能听懂的语言向他/她充分解释了这项研究的详情, 以及他/她也清楚地了解自己参与这项研究的性质、风险和益处。 d) 我已采取措施确认参与者在未受到胁迫或恐吓的情况下自愿给予同意。																										
见证人的姓名 (与身份证上相同)	见证人签名	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">日</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">月</td> <td colspan="2" style="width: 40px; text-align: center;">年</td> </tr> </table>	日	月	年																					
日	月	年																								
征求同意者的姓名 (与身份证上相同)	征求同意者签名	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">日</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">月</td> <td colspan="2" style="width: 40px; text-align: center;">年</td> </tr> </table>	日	月	年																					
日	月	年																								
<b>** 翻译员已经用</b> ..... (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	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">日</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">月</td> <td colspan="2" style="width: 40px; text-align: center;">年</td> </tr> </table>	日	月	年																					
日	月	年																								

\*\* 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。