您受邀參與一項研究。這項研究稱為：

_____

_____

_____

_____

_____

在此向您提供這項研究的關鍵資訊。在您同意之前，研究人員必須告知您(1) 本研究的目的，流程和持續時間；(2) 任何屬於試驗性質的程序；(3) 有關研究的任何可合理預見之風險、不適和益處；(4) 任何有潛在益處的替代程序或治療方式； (5) 如何維持保密；以及 (6) 未來對您的資訊或生物檢體 (生物樣本) 的使用。

在適用的情況下，研究人員也必須告知您 (1) 如果發生傷害，任何可提供的賠償或治療；(2) 可能有無法預見的風險；(3) 哪些情況下研究人員可能中止您的參與；(4) 任何對您造成的額外花費；(5) 如果您決定終止參與的話會如何；(6) 我們何時會告知您任何可能會影響您繼續參與的意願之新結果； (7) 有多少人將參與這項研究；(8) 因為商業利益而對您的生物樣本做出的使用；(9) 是否會將研究結果告知您；(10) 研究是否包含全基因體定序 (全基因組測序)；及 (11) 是否已提交或將會提交研究資訊，以登入臨床試驗註冊處。

如果您同意參與，您將得到一份本文件的影本 (已按要求簽署) 以及此研究的英語書面總結。

如果您對本研究的程序、風險和益處，或替代治療方式有任何問題、顧慮或抱怨，則應詢問

研究計畫主任 (Protocol Director)，_____

您可現在或將來與其聯絡，聯絡方式是 _____

如果您對本研究的進行方式不滿意，或是對本研究或您身為研究對象的權益有任何顧慮、抱怨或一般疑問，請聯絡斯坦福機構審查委員會 (Stanford Institutional Review Board，簡稱 IRB) 與獨立於本研究小組之外的知情者諮商，電話 (650) 723-5244 或免費電話 1-866-680-2906。您也可以寄信至 Stanford IRB, Stanford University, 1705 El Camino Real, Palo Alto, CA 94306。

您參與這項研究是自願的，如果您拒絕參與或決定停止參與，不會受到懲罰或失去利益。

在本同意書上簽名代表我們已向您口頭描述過這項研究，包括上述資訊，並且您自願同意參與。

_____	_____	_____	_____
參與者/法定授權代表/父母或監護人簽名 *(Signature of Participant / Legally Authorized Representative / Parent[s] or Guardian [s])*	*日期* *(Date)*	*證人簽名(如工作人員、口譯員、家人)* *(Signature of witness [e.g., staff, interpreter, family member])*	*日期* *(Date)*

研究對象權益保障規定

Experimental Subject's Bill of Rights

作爲研究參與者，您有以下權益。

這些權益包括但不限於研究參與者的以下權益：

- 有權獲知此研究的性質與目的；
- 有權得到醫療試驗當中遵循的醫療程序以及所使用的任何藥物與儀器之說明；
- 有權獲知研究過程中合理預期內的對參與者造成的不適及風險；
- 如適用，有權獲知研究對象可合理預期獲得的任何利益；
- 有權獲知可能讓研究對象受益的任何適當替代方案、藥物或儀器，以及其相關風險和益處；
- 如果研究對象出現併發症，且在試驗後有醫治途徑的話，則有權獲知醫治途徑；
- 有權得到機會對試驗或所涉及的程序提出問題；
- 有權獲知可以隨時撤回對參與醫療試驗的同意，研究對象也可中止參與，且無損其權益；
- 有權得到一份已簽署姓名和日期的同意書影本；以及
- 有權得到機會決定同意或不同意參與此醫學試驗，並且沒有受任何形式的強迫、欺詐、欺騙、脅迫、要挾或不正當壓力所干預。