“苏格兰 2020 年代新生儿”试点研究
《联系同意书》

（此版本仅供查阅。可以电子方式填写）

为了参加这项研究的资格，您需要授权同意第 4 项（必填项）。请在对应的选填项和必填项的右侧栏中填写您姓名的首字母，并在表末尾签名并注明日期。如果您无法授权同意以下对应的选填项以及第 4 项，则您将没有资格参加对应可选项中涉及的研究。您可以授权同意以下任何或所有选填项。

	请在以下方格中填写您**姓、名的首字母**
1. **选填：**本人同意，研究团队或将通过新闻简报的方式与本人联系，并以安全的方式保存本人的联系方式。本人知晓，本人可以随时联系研究团队以取消接收以上信息。	☐ 是 ☐ 否
2. **选填：**本人同意，研究团队或将与本人联系，邀请本人参加与这项研究相关的小型调研，但需另行征得本人授权同意。本人知晓，本人无需参加上述调研，并且这不会影响本人参加首要的研究，也不会影响本人获得的医疗和/或法律权利。 本人首选的联系方式是（请圈出）： 电子邮件 / 电话 / 信函	☐ 是 ☐ 否
3. **选填：**本人同意，研究团队或将在孕期期间与本人联系，邀请本人授权同意在婴儿出生时采集额外的样本。本人知晓，这需另行征得本人授权同意，并将以“爱丁堡生殖组织生物银行”（Edinburgh Reproductive Tissue Bio Bank）《授权同意书》的方式进行。 本人首选的联系方式是（请圈出）： 电子邮件 / 电话 / 信函	☐ 是 ☐ 否
4. **必填：**本人同意将本人的个人信息（包括姓名、地址、出生日期、电话号码、电子邮件和《授权同意书》）提交给爱丁堡大学的研究团队，用于这项研究的管理工作。无需知晓本人身份的人士将无法看到本人的姓名或联系方式。	☐

本人全名：	地址：	
出生日期：_ _/_ _/_ _		邮政编码：
Email 地址：	联系电话：	

授权同意者的姓名（参与者）	日期	签名
获得同意者的姓名（医疗人员）	日期	签名

原件一份，入档；拷贝一份，交予研究项目参与者；拷贝一份