



“苏格兰 2020 年代新生儿” 试点研究 《DNA 采集和使用同意书》

(此版本仅供查阅。可以电子方式填写)

为了获得参加这项研究的资格，您需要授权同意下表中第 1 --10 项（必填项）。请在每项右侧栏中填写您姓名的首字母，并在本表末尾签名并注明日期（共 2 页）。如果您无法授权同意以下所有选项，则您将没有资格参加这项研究。

	请在以下方格中 填写您姓、名的首字母
1. 本人确认：本人已阅读并知晓上述研究的《参与者信息说明表》（x.0 版，xxxx 年 xx 月 xx 日），并已充分了解其内容。本人知晓，本人可在研究前或研究期间随时联系研究团队进行咨询。	<input type="text"/>
2. 本人知晓参与这项研究属于自愿性质，本人可以随时退出，并且无需说明任何理由，这不会影响本人的医疗和/或法律权利。	<input type="text"/>
3. 本人知晓，在与本人参与这项研究相关的情况下，研究人员和赞助方（爱丁堡大学和 NHS Lothian）的相关人员或将查阅本人的医疗记录以及研究期间收集的相关数据。本人允许上述人员获取本人数据和/或医疗记录，包括本人的详细信息以及 CHI 编号（备注：CHI 号是您在 NHS 独有的患者标识编号）。	<input type="text"/>
4. 本人同意研究团队获取查阅“苏格兰 2020 年代新生儿”《授权同意书》（ www.edin.ac.uk/borninScotland ）	<input type="text"/>
5. 本人同意将本人的个人数据和 CHI 编号保存在 REDCap 数据库中（通过由爱丁堡临床试验小组（Edinburgh Clinical Trials Unit）管理的安全链接）。	<input type="text"/>
6. 本人同意对本人在例行护理中采集的血液进行 DNA 分析。本人知晓，本人可以随时联系研究团队进一步就此讨论，详情参见《参与者信息说明表》。本人的生物样本将于爱丁堡大学冰柜中保存 25 年。	<input type="text"/>
7. 本人同意“苏格兰 2020 年代新生儿”研究团队获取本人 DNA 样本的分析结果。	<input type="text"/>
8. 本人知晓，这项研究结束后，研究团队将对数据进行分析并公布分析结果。所有结果都将保持匿名，不会公布任何个人详细资料。研究的所有数据将在安全的服务器上保存至少三年，并将以匿名方式存储。匿名化的数据将被提供给经过认可的研究人员进行额外的分析。	<input type="text"/>
9. 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。	<input type="text"/>
10. 我同意参加上述研究。	<input type="text"/>

<p>11. 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。</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>是</td> <td>否</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	是	否
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
是	否				
<p>12. 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</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>是</td> <td>否</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	是	否
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
是	否				
<p>13. 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。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。</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>是</td> <td>否</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	是	否
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
是	否				

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