“苏格兰 2020 年代新生儿”试点研究
《退出研究表》

（此版本仅供查阅。可以电子方式填写）

您已被自动纳入参加“苏格兰 2020 年代新生儿”（Born in Scotland in the 2020s）的试点研究。如果您希望退出这项研究，请在以下表格中第 1 或第 2 或第 3 项的右侧栏中填写您姓名的首字母，以表明您选择“完全退出”还是“部分退出”，最后在本表末尾签名并注明日期。您参与这项研究属于自愿性质，您可以随时退出，无需说明理由（第 4 项为选填），并且这将不会影响您的医疗和/或法律权利。我们会将您退出这项研究一事通知您的全科医生（GP）。

	请选择以下对应一项，填写您**姓、名的首字母**
1. 本人希望**完全退出（fully withdraw）**“苏格兰新生儿”研究；并且截至今日收集的所有数据（各项样本和电子数据）需予以删除，且不再收集其他数据。	
2. 本人希望**部分退出（partially withdraw）**这项研究，但允许继续使用截至今日收集的数据（各项样本和电子数据）。为保障本人权利，研究将尽可能少地收集并安全保存可识别个人身份的信息。本人知晓，在与本人参与这项研究相关的情况下，试点研究人员和赞助方（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。本人授权同意上述人员**获取**本人的数据和/或医疗记录。	
3. 本人希望**部分退出（partially withdraw）**这项研究，但允许继续使用截至今日收集的数据（各项样本和电子数据），**并且**由本人的医护人员进行产后 6-12 周检查时例行收集的 NHS 数据。为保障本人权利，研究将尽可能少地收集并安全保存可识别个人身份的信息。本人授权上述第 2 项中涉及的相关人员**获取**本人的数据和/或医疗记录。	
4. **选填**：我选择退出研究的原因是（请在右侧方框中填写）。	

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

GP 诊所：	GP 姓名：
GP 诊所联系电话：	

撤回授权同意者的姓名（研究参与者） 日期 签名

撤销授权同意者的姓名 （医疗人员） 日期 签名