

Children's Hospital Los Angeles
연구 참여 동의서

이름: _____

Medical Record #: _____ 생년월일: _____

귀하 또는 귀 자녀께 연구에 참여 해달라는 부탁을 드리는 바입니다. 연구는 과학자들(의사, 간호사 등의 전문인)이 사물의 이치를 이해하고 새로운 지식을 습득하는 방법입니다. 또한 연구를 통하여 우리 몸이 어떻게 작용하는지, 무엇이 병을 일으키는지, 병을 어떻게 치료하는지, 또는 사람들은 어떤 사물에 대하여 어떻게 생각하며 느끼는지 등도 알아볼 수 있습니다.

귀하 또는 귀 자녀께서 이 연구에 참여하기로 결정하시기에 앞서, 연구원은 반드시 다음과 같은 정보를 참여자에게 알려드리게 되어 있습니다. (i) 연구의 목적이 무엇이며 연구 과정에서 구체적으로 어떤 활동들이 수행되는지, 다시 말해 연구 절차와 연구 기간, (ii) 실험적인 절차(현재 테스트 중인 경우), (iii) 연구의 잠재적 위험, 불편 및 혜택, (iv) 기타 잠재적으로 유용한 절차 및 치료법, (v) 참여자의 프라이버시 보장 방법.

해당되는 경우, 연구원은 반드시 다음과 같은 정보 역시 참여자에게 알려드리게 되어 있습니다. (i) 실험 도중 참여자에게 사고가 발생할 경우 가능한 보상과 치료, (ii) 아직 알려지지 않은 위험의 가능성, (iii) 연구원이 해당자의 참여를 중단해야 할 상황, (iv) 참여자가 추가 부담해야 할 비용, (v) 참여자가 참여를 중단하기로 결정할 경우 후속 조치, (vi) 참여자의 참여 결정에 영향을 줄 수 있는 새로운 연구가 발표될 경우 이를 고지하는 시기, (vii) 이 연구에 참여하는 인원 수.

참여에 동의하시면 반드시 서명한 본 문서 사본과 승인된 본 연구 참여 동의서 영문 양식 사본을 제공받게 되어 있습니다.

이 연구 자체에 대해서나 연구 참여 중 사고를 당할 경우 어떻게 해야 하는지 궁금한 점이 있으시면 _____에 연락하십시오. 전화 번호는 _____입니다.

연구 피험자로서의 권리에 대하여 궁금한 점이 있으시면 CHLA 인간 피험자 보호 프로그램(전화 323-361-2265)으로 전화해 주십시오.

이 연구 참여는 자유 의사이며(본인의 결정), 참여를 거부하거나 중단한다고 해서 절대로 처벌을 받거나 혜택을 상실하는 일이 없을 것입니다.

이 문서에 서명하는 것은 상기 정보를 포함하여 이 연구에 대해 구두로 설명을 들었고 자유 의사로 참여하기로 동의하신다는 뜻입니다.

_____	_____
참여자의 서명	날짜
_____	_____
부모의 서명(해당 경우)	날짜
_____	_____
참관인의 이름과/서명(정자체)	날짜

The witness's signature serves to attest that he/she provided the interpreting services and assisted with conveying explanation and questions and answers in the language spoken by the subject or the subject's parent/legal guardian.