

# 同意书

研究参考号: \_\_\_\_\_

请阅读以下陈述，如果同意请在每个方框中画勾。

我已阅读并理解此项研究的信息。

我已获得足够时间考虑、审查和与我的家人讨论此项研究以便决定是否参加此项研究。

我针对此项研究的问题均得到解答。

我理解，我是自愿（自己选择）参加此项研究的。

我理解，对于研究采集的我的信息，将予以保密。关于此项研究的任何报告都不会使用可能会暴露我身份的材料。

我理解，研究团队、我的护士或家庭医生将会看到这些信息。这些信息也将由国家宫颈癌普查登记处、Éclair 和 TestSafe 保存。

我同意参加此项研究。

我理解，将用我的标本检测人乳头状瘤病毒（HPV）。

**进一步检测：**我允许将我的标本用于检测其它类型 HPV，以便帮助我们理解这些病毒在诱发癌症或临床管理中的作用。我理解，我的标本将只用于此项检测。

是

否

我允许研究团队在需要我回答其他问题或提供更多信息时再次联系我。

是

否

我希望获得一份此项研究的结果总结。

是

否

参加者姓名 \_\_\_\_\_

签字 \_\_\_\_\_

电子邮件（如果您希望以电邮方式接收研究总结） \_\_\_\_\_

家庭成员：

姓名

地址或电子邮件/电话