

复旦大学附属华山医院

姓名: [redacted] 病区: [redacted] 科别: 胰腺外科 床号: [redacted] 住院号: [redacted]

临床样本采集知情同意书

患者 [redacted] 性别 [redacted] 年龄 [redacted] 岁

您因为患胰腺癌疾病在本院进行治疗,在诊断和治疗疾病过程中,需要对血液、尿液以及相关组织等样本进行检测,可能会有一些剩余的样本,这些样本可能用于将来的科学研究和/或新药,新技术的研发,您是否愿意?

我愿意  
 我不愿意

无论您愿意或不愿意都不会影响您与医生的关系,也不会影响您将来的诊断和治疗,不会损害您的权益。

您的个人信息将是保密的。

样本应用于具体的项目时,医院的伦理委员会将会审查是否可以免除再次知情同意。

患者签名:

日期:

法定代理人签名:

医生签名:

与患者关系:

日期:

日期:

知情同意书签字页

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项研究是自愿的。

我可以选择不参加本项研究，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者姓名： \_\_\_\_\_

受试者或其法定代理人签名： \_\_\_\_\_

日期： 2024年 5月 17日

我已准确地将这份文件告知受试者，要求他/她认真阅读了这份知情同意书，对所提出的问题或疑问认真解答：

研究者姓名： \_\_\_\_\_

研究者签名： \_\_\_\_\_

日期： 2024年 5月 17日

(注：如果受试者不识字时尚需见证人签名，如果受试者无行为能力时则需代理人签名)