

# 知情告知书

**研究名称：**IL10R 基因功能缺陷的极早发型炎症性肠病患者肠道菌群特征

**项目负责人：**黄瑛，复旦大学附属儿科医院

**电话：**021-64931727

欢迎您参加本项目，本知情告知书将提供本研究的相关信息。如果您同意参加，请您签署这份知情告知书。

## 1. 研究目的

复旦大学附属儿科医院消化科开展本研究。本研究试图通过研究 IL10R 基因功能缺陷的极早发型炎症性肠病患者肠道菌群特征，为极早发型炎症性肠病的防治提供科学依据。

我们希望本研究的信息会对随后发展的肠道微生态诊疗有所帮助。

## 2. 研究方案

本研究将收集 IL10R 基因功能缺陷的极早发型炎症性肠病患者的大便标本，进行肠道菌群检测。与未发现致病基因缺陷的极早发型炎症性肠病和年龄匹配的健康儿童的肠道菌群进行比较，分析 IL10R 基因缺陷患儿的肠道菌群多样性及物种组成。

## 3. 可能的风险

采集大便标本过程是无创的，尚未发现明显风险。

## 4. 可能的受益

您将免费得到菌群检测结果的口头报告。

## 5. 参加本研究的补助

您自愿参加本研究，我们将不提供任何额外的补偿。

## 6. 研究记录的保密

我们要求每位参加研究的人员签署保密协定，以保证我们的研究人员不会泄露您的有关信息。所有研究资料将被锁在文件柜里，绝对保密，只有项目研究人员才能接触到这些信息。您的相关检查和治疗信息可能在科学会议或文献中使用，但不会出现您的个人信息。

## 9. 研究对象的权利

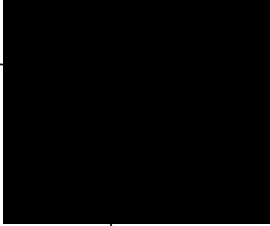
您可以自愿参加本次研究，并在任何时间退出本研究而不会有任何后果，参加本研究也不会损害到您已有的任何权利，我们将给您一份签过字的“知情告知书”和“知情同意书”副本。如果您有任何关于本研究的问题，均可以与本项目联络员薛爱娟联系，电话是 15316126923。

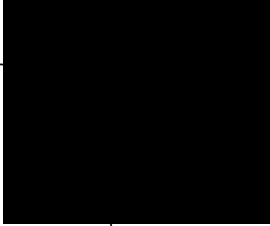
# 知情同意书

## 1.知情同意后签名或授权签名

我已经阅读或别人已向我阅读并已理解以上信息和内容。我所有的问题都已得到满意的答复。我参加本项研究是自愿的，

我愿意参加本文提到的研究

研究对象本人的签名：  日期 \_\_\_\_\_

或 研究对象授权者的签名：  日期 2018.5.19

## 2 调查员声明

我已经向参加者解释了本研究并回答了所有问题。我相信他是自主决定参加本研究。

调查员签名： 靳爱华 日期 2018.5.20