

知情同意书

研究机构：上海瑞金医院

主要研究者：朱乃懿

您将被邀请参加一项“克罗恩病小肠 MR 的临床研究。本知情同意书提供给您一些信息以帮助您决定是否参加此项临床研究。请您仔细阅读，如有任何疑问请向负责该研究的研究者提出。

您参加本研究是自愿的。本次研究已通过研究机构伦理审查委员会审查。

研究目的：通过行正常志愿者和小肠克罗恩病患者 MR 研究，了解克罗恩病的 MR 表现。

研究过程：如果您同意参加这项研究，我们将对每位受试者进行编号，建立病历档案，由于临床诊断需要，您的影像学资料、临床资料将被用于检测、统计分析研究。

风险与不适：对于您来说，所有的信息将是保密的。您的影像学检查将由专业人员进行操作，我们仅仅获取影像学图像资料和临床资料。

收益：通过对您进行影像学检查、研究，将有助于对疾病作出诊断，为您治疗提供必要的建议，或为疾病的研究提供有意信息。

作为研究受试者，您有以下职责：提供有关自身病史和当前身体状况的真实情况；告诉研究医师自己在最近是否曾参加其他研究，或目前正参加其他研究。

隐私问题：如果您决定参加本研究，您参加研究及在研究中的个人资料均属保密。您的影像学、临床资料将以研究编号数字而非您的姓名加以标识。可以识别您身份的信息将不会透露给研究小组以外的成员，除非获得您的许可。所有的研究成员和研究申办方都被要求对您的身份进行保密。这项研究结果发表时，将不会披露您的个人的任何资料。

您可以选择不参加本项研究，或者在任何时候通知研究者要求退出研究，您的数据将不纳入研究结果，您的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

您可随时了解与本研究有关的信息资料和研究进展，如果您有与本研究有关的问题，可以通过 021-64370045-672147 与朱乃懿医师联系。

我已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。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者姓名

受试者签名

日期：

我已准确的将这份文件告知受试者，他/她准确的阅读了这份知情同意书，并证明该受试者有机会提出问题。我证明他/她是自愿的。

研究者姓名：朱乃懿

研究者签字：朱乃懿

日期：

2016.1.6

朱乃懿