

知情同意书

尊敬的_____先生/女士：

您好！

中山大学附属第三医院感谢您选择我院就诊！在您就诊期间，医护人员会为您进行必要的临床检查给予规范的治疗。临床检查可能需要采集您的外周血、尿、便或者其他体液等（根据病情诊断需要采集一项或多项），需手术治疗者则要规范化切除病灶。通常情况下，上述标本（外周血、尿、便或者其他体液、病灶组织）在满足诊断和治疗后立即给予以废弃处理。我们可能会使用少量标本及相关数据进行医学科学研究，旨在探索疾病新的诊断、治疗方法等，为广大患者服务。

我院临床样本资源库是非商业性、非盈利性的资源共享的科研平台。我们保证您的个人资料是安全保密的。您可以同意或拒绝，这将不会对您的临床治疗产生任何影响。我们衷心感谢您为我国的医学事业所做的宝贵贡献！

（本知情同意书适用于您在本院门诊、首次住院及累次住院的检查治疗）

同意 不同意

患者签名：_____

家属签名：_____ 亲属关系：_____

住院号/门诊（身份证后六位）：_____

科室：_____

_____年_____月_____日

中山大学附属第三医院临床样本资源库