

# 沧州市中心医院

## 临床检查知情同意书

医生已经确诊您为 肝脏神经内分泌瘤。我们将邀请您参加一项研究, 本研究为 不同肝脏神经内分泌瘤的 B 超及 CEUS 特征分析。本研究方案已经得到伦理委员会审核, 同意进行临床研究。

在您决定是否参加这项研究之前, 请尽可能仔细阅读以下内容。它可以帮助您了解该项研究以及为何要进行这项研究, 研究的程序和期限, 参加研究后可能给您带来的益处、风险和不适。如果您愿意, 您也可以和您的亲属、朋友一起讨论, 或者请医生给予解释, 帮助您做出决定。

### 一、研究背景和研究目的

**研究背景:** 肝脏神经内分泌瘤是一种高度异质性肿瘤。肝脏神经内分泌瘤的来源及恶性程度的准确鉴别十分重要。由于肝脏神经内分泌瘤较罕见, 目前影像学诊断的报道非常欠缺, 缺少鉴别肝脏神经内分泌瘤和肝细胞癌、不同来源神经内分泌瘤以及不同恶性程度神经内分泌瘤的经验。

**研究目的:** 本研究通过比较肝脏神经内分泌瘤与肝细胞癌的超声表现, 并进一步分析了不同来源肝脏神经内分泌瘤以及不同肝脏神经内分泌瘤分化程度的 B 型超声及超声造影特点, 旨在为临床肝脏神经内分泌瘤的诊断及治疗提供参考。

### 二、哪些人不宜参加研究

原发性肝癌、混合型肝癌、肝门部胆管癌和肝外胆管癌的患者。

### 三、如果参加研究将需要做什么?

1. 在您入选研究前, 医生将询问、记录您的病史, 并进行 B 型超声和超声造影 检查。您是合格的纳入者, 您可自愿参加研究, 签署知情同意书。如您不愿参加研究, 我们将按尊重您的选择。
2. 若您自愿参加研究, 将按以下步骤进行:  
患者进行 B 型超声和超声造影检查。

### 四、参加研究可能的受益

本研究将最大限度节约检查和分析时间, 提高患者诊断准确率。

### 五、参加研究可能的不良反应、风险和不适、不方便

如果在研究期间您出现任何不适, 或病情发生新的变化, 或任何意外情况, 不管是否与研究有关, 均应及时通知您的医生, 他/她将对此作出判断并给与适当的医疗处理。

您在研究期间需要按时到医院随访, 做一些检查, 这些占用您的一些时间, 也可能给您造成麻烦或带来不方便。

### 六、有关费用

患者的 B 型超声和超声造影检查 费用是免费的, 当患者出现不良反应时, 本研究会负担处理不良反应的费用和患者可能获得的赔偿。

对于您同时合并的其他疾病所需的治疗和检查, 将不在免费的范围之内。

### 七、个人信息是保密的吗?

您的医疗记录(研究病历/CRF、化验单等)将完整地保存在您所就诊的医院。医生会将化验检查结果记录在您的病历上。研究者、伦理委员会将被允许查阅您的医疗记录。任何有关本项研究结果的公开报告将不会披露您的个人身份。我们将在法律允许的范围内, 尽一切努力保护您个人医疗资料的隐私。

### 八、怎样获得更多的信息?

您可以在任何时间提出有关本项研究的任何问题, 并得到相应的解答。

如果在研究过程中有任何重要的新信息, 可能影响您继续参加研究的意愿时, 您的

医生将会及时通知您。(联系电话)

#### 九、可以自愿选择参加研究和中途退出研究

是否参加研究完全取决于您的意愿。您可以拒绝参加此项研究,或在研究过程中的任何时间退出本研究,这都不会影响您和医生间的关系,都不会影响对您的医疗或有其他方面利益的损失。出于对您的最大利益考虑,医生或研究者可能会在研究过程中随时中止您继续参加本研究。

#### 十、现在该做什么?

是否参加本研究由您自己(和您的家人)决定。在您做出参加研究的决定前,请尽可能向您的医生询问有关问题。

感谢您阅读以上材料。如果您决定参加本研究,请告诉您的医生,他/她会为您安排一切有关研究的事务。请您保留这份资料。

### 知情同意书. 同意签字页

临床研究项目名称: 不同肝脏神经内分泌瘤的 B 超及 CEUS 特征分析

课题承担单位: 沧州市中心医院

#### 同意声明

我已经阅读了上述有关本研究的介绍,并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的,我确认已有充足时间对此进行考虑,而且明白:

- 我可以随时向医生咨询更多的信息。
- 我可以随时退出本研究,而不会受到歧视或报复,医疗待遇与权益不会受到影响。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗,我会在事先征求医生的意见,或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。

最后,我决定同意参加本研究,并保证尽量遵从医嘱。

患者签名: [Redacted] 2015 年 3 月 16 日

联系电话: [Redacted]

我确认已向患者解释了本试验的详细情况,包括其权力以及可能的受益和风险,并给其一份签署过的知情同意书副本。

医生签名: 康晓宇 2015 年 3 月 16 日

医生的工作电话: 0317-2075790