

## 经颈静脉肝内门体分流术治疗吡咯生物碱相关肝窦阻塞综合征

### 单中心回顾性研究

### 知情同意书·知情告知页

亲爱的 先生/女士

您（或您的亲人）因肝窦阻塞综合征曾在本院就诊，现我们诚挚邀请您参加本研究项目。这是我们为您提供的知情同意书，以便于您了解本项目。我们诚挚邀请您参加本研究项目。这是我们为您提供的知情同意书，以便于您了解本项目。请您在仔细阅读知情同意书的基础上，做出是否参与决定。如果您自己没有把握回答，您可以和您的朋友、亲属和医生进行讨论。研究者有义务向您充分解释研究项目的情况。您有权请研究者对您的问题做出更清楚的解释。如果您决定不参加该研究项目，不会对您有任何影响。我们非常感谢您花费宝贵的时间来了解我们的研究项目。如果您决定参加本研究项目，请签署该知情同意书。

该项研究属于回顾性/观察性研究。将收集患者的病历资料（包括性别、年龄、影像学资料、部分化验结果、手术相关资料等）进行研究。此项（临床资料回顾性分析研究）不会对患者造成躯体及精神痛苦，不影响患者安全与健康，不增加患者及其家属经济负担。所有资料仅限于临床研究，不作他用。所纳入研究患者的隐私及个人信息将得到保护，不利用患者以前已明确拒绝利用的医疗相关记录。

您的医疗记录将保存在医院，研究者、研究主管部门、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都不会披露您的个人身份。我们将根据法律规定保护您个人医疗资料的隐私。

## 知情同意书·同意签字页

### 受试者知情同意声明

我已被告知“经颈静脉肝内门体分流术治疗吡咯生物碱相关肝窦阻塞综合征单中心回顾性研究”项目的研究的背景、目的、步骤、风险及获益情况。我有足够的时间和机会进行提问，问题的答复我很满意。我也被告知，当我有问题，或想进一步获得信息，应当与谁联系。我已经阅读这份知情同意书，并且同意参加本研究。我知道在研究期间任何时刻无需任何理由我都可以退出本研究。我被告知我将得到

这份知情同意书的副本，上面包含我和研究者的签名。

受试者签名：

日期：

受试者联系电话：

### 研究者告知声明

我已告知该受试者（和其法定代理人）“经颈静脉肝内门体分流术治疗吡咯生物碱相关肝窦阻塞综合征单中心回顾性研究”项目名称的研究背景、目的、步骤、风险及获益情况，给予他/她足够的时间阅读知情同意书、与他人讨论，并解答了其有关研究的问题；我已告知该受试者当遇到问题时的联系方式；我已告知该受试者（或法定代理人）他/她可以在研究期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

获得知情同意的研究者签名：

日期：

联系电话：