

浙江医院三墩院区

089 生物样本提供者知情同意书

尊敬的先生/女士：

本知情同意书是为征求您的同意，收集您在常规诊治过程中产生的生物样本（如血液、尿液、粪便、痰液、胸水、组织等，以下简称“样本”）及相关检查资料（如B超、胸部CT、腹部CT、头颅MRI、PET-CT等资料），将来可能用于相关医学研究，以便今后可能帮助到包括您在内的所有人群。因此，请您仔细阅读以下内容，以便于您做决定。该决定完全是您自主的选择。我们的样本收集已获得医院主管部门以及伦理委员会的审查与批准，如果您有任何疑问请向您的主管医生提出。

一、样本的预期用途：

您的样本将来可能会被用于各种疾病的发生发展机制、开发新的诊断治疗方法或遗传学方面的研究，直至样本用完、超过有效保存期或您撤回知情同意。本次知情同意采取的是“一次总体同意”的模式，即在您没有要求撤回知情同意的情况下，本医疗机构可以继续使用您的样本。如果您希望撤除样本的使用权，您可以随时联系我院，届时需要您签署一份撤回使用的声明，我院将立即终止使用样本并按照规定程序对您的样本进行销毁。

二、可能的风险及防范措施：

所有生物样本的收集都不会影响您在我院接受正常的诊疗服务，也不会额外增加您的健康风险。

您的样本将使用代码处理，我们将严格履行法律法规对隐私保护的规定，尽一切努力保护您个人信息的隐私。

三、预期的受益：

由于目前无法得知可能的研究成果，您个人极有可能不会因研究结果而获得任何医疗上的获益。但未来研究的结果可能会为您以及与您相似疾病的患者提示新的治疗方法或带来益处。研究结果若衍生任何专利权或商业利益时，所有权益将与您无关。

四、您的权利：

我们充分尊重和保障您的自主决定以及您行使无偿提供生物样本的权利。您有权不签署该知情同意书，您也有权在任何时候撤回您已经签署的同意书，无论您是否同意，均不会影响您在我院期间的正常诊疗服务，也不会影响您和医护人员的关系。如果您同意，请签字。

由于目前尚未知您的样本会用于何种研究，因此也无法预知研究结果。若在研究中发现任何与您及您家属的健康有关的重大信息，您有权选择并决定是否将相关信息提供给您本人和/或家属。

五、怎样获得更多的信息？

您可以在任何时间向浙江医院医学伦理委员会提出有关样本收集的任何问题以及有关您的权益保护问题。

联系电话：0571-81595231

联系人：李卫/谢小萍

浙江医院三墩院区

089 生物样本提供者知情同意书

知情同意书·同意签字栏

医生声明:

我已准确充分地将知情同意书内容告知患者并对患者的提问进行了解答,患者自愿提供生物样本。

医生签名: 孙斌

签名日期: 2019年8月30日10时0分

患者声明:

我已仔细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满意解答。我理解提供生物样本的行为是自愿的,我可以选择不提供,或者在任何时候通知医院撤回知情同意而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

1. 我 我所捐赠的样本和信息用于遗传学研究。
2. 我 知道任何与我的健康有重大关联的研究结果。

医师签名: 孙斌

签名日期: 2019年8月30日10时0分

患者签名:

代理人(授权/法定)签名: 签名日期: 2019年08月30日10时01分

与患者的关系 (☒患者本人 ☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他)



浙江医院三墩院区

穿刺活检（细胞学检查）知情同意书

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有副肿瘤性小脑变性疾病，需要在局部浸润麻醉下进行组织活检术（细胞学检查）。

组织活检术（细胞学检查）主要目的是明确病理类型，以确定临床诊断，指导治疗方案。根据病情需要可能需要进行唇腺、淋巴结、皮肤或神经肌肉及其它组织等活检。

手术潜在风险和对策

医生告知我如下组织活检术（细胞学检查）可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出。具体的手术式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
3. 我理解此手术存在以下风险和局限性：
 - 1) 我理解我可能出现局部出血。
 - 2) 我理解我可能出现局部感染。
 - 3) 我理解我可能出现局部创口愈合不良。
 - 4) 我理解我可能出现局部神经损伤。
 - 5) 我理解我可能出现活检不成功。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：
疼痛、损伤周围血管

医生签名 陈以

签名时间：2019年8月30日10时0分

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

●我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。

●我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

●我理解我的手术需要多位医生共同进行。

●我并未得到手术百分之百成功的许诺。

●我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名：

签名日期 2019年08月30日10时0分

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名 与患者关系 签名日期 年 月 日 时 分