

受试者知情同意书

项目名称: KDM6A 新发基因突变致 Kabuki 综合征 1 例

方案版本号及版本日期: 2016-07-01

知情同意书版本号及版本日期: KS-2016-07-01

尊敬的患者:

我们邀请您参加中国人民解放军战略支援部队特色医学中心儿科开展的 KDM6A 新发基因突变致 Kabuki 综合征的研究。

本须知将提供给您一些信息以帮助您决定是否参加此项临床研究, 您是否参加本项研究完全是自愿的, 且您的决定将不会影响到您在本院的正常诊疗权益和待遇, 请放心! 若您选择参加本研究, 我们研究团队将在研究过程中尽力保证您的安全和权益!

请您仔细阅读本须知, 如有任何疑问请向负责为您讲解知情同意书的研究者提出。

- 一、研究背景 KDM6A 新发基因突变致 Kabuki 综合征 1 例
- 二、研究目的 本研究为 KDM6A 新发基因突变致 Kabuki 综合征一例的报道。通过对 1 例 KDM6A 基因世界首例新发突变的报道, 扩展了 Kabuki syndrome 的基因突变谱, 并且通过对其基因型-表型相关性分析, 更增加了人们对 Kabuki syndrome 的临床表现的认识。
- 三、试验对象 本研究 Kabuki syndrome 患儿 1 例。
- 四、研究过程 本研究为回顾性分析 2015 年月 6 月至 2016 年 7 月在我院进行救治的 1 例患儿的临床病例资料进行临床观察研究。
- 五、替代治疗 无
- 六、可能的风险与不适 无
- 七、预期获益 以患者的离体样本和信息为研究对象, 不涉及商业利益。
- 八、免费治疗 无
- 九、补偿 无
- 十、赔偿 无
- 十一、研究前中后的注意事项 无
- 十二、保密性 本研究不涉及商业利益, 不伤害患儿及其家属的利益, 保护患儿隐私, 采取匿名化措施, 对患儿标本去标识化后编码。未经授权不得将受试者个人信息向第三方透露。
- 十三、重新获取知情同意 完全知情并配合。
- 十四、自愿性 完全自愿。
- 十五、受试者义务 真实详细告知病史、提供医学资料。
- 十六、联系方式

如果您有与本研究有关的问题, 或您在研究过程中发生了任何不适与损伤, 或有关于本项研究参加者权益方面的问题您可以通过 66356729-2351 与郭红仙联系。

如果您有任何疑问或在研究过程中对研究人员有抱怨, 可以联系中国人民解放军战略支援部队特色医学中心医学伦理委员会, 联系电话: 010-66356723。

受试者签字页

受试者同意声明：

☒ 我已经阅读了上述有关本研究的介绍，且研究医生已向我详细地讲解了研究内容，在签署知情同意书前我已没有更多有关研究的疑惑需咨询。在此基础上，我自愿参加本文所介绍的临床研究，并且我的决定是基于对参加本研究可能产生的风险和受益充分了解。此外，研究者没有对我使用欺骗、利诱、胁迫等手段强行让我同意参加研究，并且我知道我可以在任何阶段无条件退出研究。

☒ 该名受试者因无行为能力、限制行为能力，本知情同意由其监护人或者法定代理人代为签署。

受试者签名：_____ 法定代理人签名：_____

日 期：_____ 日 期：_____

受试者联系方式：_____ 法定代理人联系方式：_____

监护人签名：_____ 公平见证人签名：_____

日 期：_____ 2016.7.21 _____ 日 期：_____

监护人联系方式：_____ 公平见证人联系方式：_____

研究者声明：

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，特别是参加本研究可能产生的风险和收益。

研究者签名：_____ 郭江华 _____

日 期：_____ 2016.07.21 _____

研究者联系方式：_____ 18910413067 _____

注意：本页为受试者签字页，由研究医生向受试者详细讲解研究内容及相关信息，知情同意由受试者本人/监护人/法定代理人及为其讲解的研究医生签署。若受试者对研究内容有疑问，研究者应立即当面想起 签署完毕后，由研究者和受试者双方各保留一份原件。