

临床研究知情同意书

尊敬的患者：

现邀请您参与一项科学研究，题目：Treatment of *pneumocystis pneumonia* in non-human immunodeficiency virus-infected immunocompromised patients using a combination of Trimethoprim-sulfamethoxazole and caspofungin. 主要研究者：吴欢欢，承担科室：呼吸内科，联系电话18868579187。这份知情同意书将告知您以下内容：为什么要进行这项研究，研究将做些什么，您可能获得的受益和面临的风险。如果您有任何疑问，敬请询问。

1. 为什么我们邀请您参与研究？

邀请您参与本项研究是因您被诊断为 HIV 阴性的卡氏肺孢子菌肺炎。

2. 为什么进行本项研究？

研究目的是总结 HIV 阴性 PCP 患者的临床特征、诊断、治疗方案及预后。

3. 研究将会如何进行？

收集病例资料，查阅文献，撰写论文。研究持续时间：1 年。

4. 我可以停止参加研究吗？

您可以在任何时候退出研究，并请告知研究者。

5. 受试者风险与收益：本研究对受试者无明显风险与收益，但可以总结该类患者的临床特征，加强医务工作者对该疾病的认知。

6. 我如有疑问应和谁联系？

如有任何与本项研究相关的问题，请直接与吴欢欢联系，电话 18868579187。

如有任何关于受试者权益的问题，或有任何抱怨、建议，请与伦理委员会办公室联系。

7. 我们将会搜集什么医疗信息？

我们需经您的允许搜集有关您的一些医疗信息，否则您不能参与该研究。这些信息来自于我们的问题、您填写的表格或是您的医疗记录。我们只搜集研究所需信息。

8. 谁会接触到您的医疗信息？

只有本院参与临床研究的人员，伦理委员会委员以及监督研究活动是否符合本院规章制度的相关人员被允许接触您的医疗信息。研究结果将公开发表（公开演讲或书面发表），但任何能识别您身份的信息将不会出现。

同意参与研究

签名前，我确认以下事实：

- 我已阅读（或已有人为我朗读）整份同意文件。所有我的问题都得到了满意的答复。研究人员已将该研究的目的、程序、以及可能受益和风险向我解释。我同意让研究团队使用和分享我的医疗信息以及其他从研究中搜集到的信息。我自愿参加这项研究。我同意按要求遵循研究程序。我已被告知我可以在任何时候退出研究。

受试者签名： 李向东

日期： 2021 年 06 月 28 日