

中国医学科学院
整形外科医院
临床标本知情同意书

病历号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED]

科室: 整形四科

床号: [REDACTED]

一、致患者/近亲属/监护人

尊敬的患者:

感谢您对我院的信任,并祝您早日恢复健康!

目前,人类很多疾病的病因和发病机理并不很明确,因而缺乏有效的治疗手段。中国医学科学院整形外科医院作为集医疗、教学和科研为一体的整形外科三级甲等专科医院,进一步提高疾病的诊治水平是我们的义务。为了您和更多患者的健康,在您的诊疗过程中,医院出于诊治疾病的需要,要采集常规用量的血液、尿液、脑脊液等体液或手术切除组织标本,在您的诊断和/或治疗完成之后可能会有少量剩余,我们将把这些剩余标本保存下来,今后可能会用于相关疾病的研究,以提高对该类疾病的诊治水平。这些研究可能不会使您马上获益,但是科学研究的进步和医学知识的积累会进一步提高我国的医疗卫生水平,提高对您和其他患者的诊断与治疗水平。

使用这些标本进行的研究不会使您受到伤害,有关您的所有医疗信息也将是严格保密的。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,均不会影响您在院期间的诊疗活动,也不会影响您和医护人员的关系。如果您同意,请签字。非常感谢您对人类疾病研究做出的贡献,并表示崇高的敬意!

二、患者/近亲属/监护人声明

我确认本人具备合法资格签署本同意书。

我已经仔细阅读以上条款,同意。

(患者/近亲属/监护人签名): [REDACTED]

(医生签名): [REDACTED]

(联系方式): [REDACTED]

(联系方式): [REDACTED]

(签字日期): 2021-04-06

(签字日期): 2021-04-06