

# 知情同意书

尊敬的患者：

您将作为准备参加“颌骨罕见疑难肿瘤影像诊断与鉴别诊断回顾性解析”的一名受试者，请您仔细阅读以下相关说明后决定是否参加此项研究。如有疑问请尽管提出，医生将为您解答。

本研究旨回顾性分析颌骨罕见疑难肿瘤，进行诊断及鉴别诊断。从而利用影像学新技术筛查诊断颌骨罕见肿瘤，进行术前无创性筛查，优化口腔颌面疾病诊疗的临床策略，为临床提供一种无创、准确的影像诊断模式，促进口腔颌面肿瘤的临床疗效提高。

研究仅针对您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像或螺旋 CT 影像，不影响您的诊断、治疗和复查过程。本研究按照规定由南京市口腔医院对该研究进行临床验证。

## 1、研究目的

该研究收集颌骨罕见疑难肿瘤，提高影像学诊断能力

## 2、研究方法

如您参加本研究，我们将调取您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据，经过所研发的人工智能影像筛查诊断系统对上述影像数据进行分析。

## 3、可能的不良反应

影像数据的调取对您无不良影响。

## 4、参加本研究的风险和受益

按照您个人的临床需求，我们将会为您行拍摄口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据拍摄，您可以获得口腔颌面部健康状况的信息。参加本研究，您有可能会对颌骨罕见疑难肿瘤影像研究作出重大贡献。

## 5、自愿参加与退出

您是否参加或中途退出本研究课题，是完全自愿的。您如退出，不会影响您与医生的关系和对您的常规治疗，更不会因此受到歧视和遭受不应有的损失。本《知情同意书》一式 2 份，医生和受试者各一份。

## 6、研究的咨询

如果您对本研究有任何问题，包括对受试者权益的疑问，您可以随时直接与负责本研究的医生联系。医生有责任如实回答您的咨询。

## 7、研究的费用

您在医院诊治的费用，如检查、治疗的费用将由您自己负担。参加本项目不会产生任何额外费用。

如果您在此研究中发生了与研究相关的意外伤害，其治疗将南京大学医学院附属口腔医院负责。

## 9、保密责任

在整个研究过程中，您的个人身份和资料研究单位会始终为您保密。临床研究单位将获得您在这项研究中的所有记录和结果，有关资料可能会被发表，但仅限于科研目的。

-----

签署这份知情同意书前，作为受试者，我已经阅读过或其他人已向我念过以上内容。我确认已有充分的时间考虑，所有的疑问都已得到圆满的解答。我仍有权在任何时候得到咨询，并有权决定在任何时候退出本试验而不会受到任何形式的惩罚，也不会丧失任何合法的权利。我自愿参加此项研究，并与研究者全面合作。

受试者签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

法定亲属签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 与受试者关系：\_\_\_\_\_

受试者电话：\_\_\_\_\_

研究者签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

研究者电话：\_\_\_\_\_（办公）

\_\_\_\_\_（手机）

# 知情同意书

尊敬的患者：

您将作为准备参加“颌骨罕见疑难肿瘤影像诊断与鉴别诊断回顾性解析”的一名受试者，请您仔细阅读以下相关说明后决定是否参加此项研究。如有疑问请尽管提出，医生将为您解答。

本研究旨回顾性分析颌骨罕见疑难肿瘤，进行诊断及鉴别诊断。从而利用影像学新技术筛查诊断颌骨罕见肿瘤，进行术前无创性筛查，优化口腔颌面疾病诊疗的临床策略，为临床提供一种无创、准确的影像诊断模式，促进口腔颌面肿瘤的临床疗效提高。

研究仅针对您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像或螺旋 CT 影像，不影响您的诊断、治疗和复查过程。本研究按照规定由南京市口腔医院对该研究进行临床验证。

## 1、研究目的

该研究收集颌骨罕见疑难肿瘤，提高影像学诊断能力

## 2、研究方法

如您参加本研究，我们将调取您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据，经过所研发的人工智能影像筛查诊断系统对上述影像数据进行分析。

## 3、可能的不良反应

影像数据的调取对您无不良影响。

## 4、参加本研究的风险和受益

按照您个人的临床需求，我们将会为您行拍摄口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据拍摄，您可以获得口腔颌面部健康状况的信息。参加本研究，您有可能会对颌骨罕见疑难肿瘤影像研究作出重大贡献。

## 5、自愿参加与退出

您是否参加或中途退出本研究课题，是完全自愿的。您如退出，不会影响您与医生的关系和对您的常规治疗，更不会因此受到歧视和遭受不应有的损失。本《知情同意书》一式 2 份，医生和受试者各一份。

## 6、研究的咨询

如果您对本研究有任何问题，包括对受试者权益的疑问，您可以随时直接与负责本研究的医生联系。医生有责任如实回答您的咨询。

## 7、研究的费用

您在医院诊治的费用，如检查、治疗的费用将由您自己负担。参加本项目不会产生任何额外费用。

如果您在此研究中发生了与研究相关的意外伤害，其治疗将南京大学医学院附属口腔医院负责。

## 9、保密责任

在整个研究过程中，您的个人身份和资料研究单位会始终为您保密。临床研究单位将获得您在这项研究中的所有记录和结果，有关资料可能会被发表，但仅限于科研目的。

签署这份知情同意书前，作为受试者，我已经阅读过或其他人已向我念过以上内容。我确认已有充分的时间考虑，所有的疑问都已得到圆满的解答。我仍有权在任何时候得到咨询，并有权决定在任何时候退出本试验而不会受到任何形式的惩罚，也不会丧失任何合法的权利。我自愿参加此项研究，并与研究者全面合作。

受试者签名： 日期： 2018 年 10 月 9 日

法定亲属签名 日期： 2018 年 10 月 9 日 与受试者关系：

受试者电话： \_\_\_\_\_

研究者签名： 日期： 2018 年 10 月 9 日

研究者电话： \_\_\_\_\_（办公）

1 \_\_\_\_\_（手机）

# 知情同意书

尊敬的患者：

您将作为准备参加“颌骨罕见疑难肿瘤影像诊断与鉴别诊断回顾性解析”的一名受试者，请您仔细阅读以下相关说明后决定是否参加此项研究。如有疑问请尽管提出，医生将为您解答。

本研究旨回顾性分析颌骨罕见疑难肿瘤，进行诊断及鉴别诊断。从而利用影像学新技术筛查诊断颌骨罕见肿瘤，进行术前无创性筛查，优化口腔颌面疾病诊疗的临床策略，为临床提供一种无创、准确的影像诊断模式，促进口腔颌面肿瘤的临床疗效提高。

研究仅针对您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像或螺旋 CT 影像，不影响您的诊断、治疗和复查过程。本研究按照规定由南京市口腔医院对该研究进行临床验证。

## 1、研究目的

该研究收集颌骨罕见疑难肿瘤，提高影像学诊断能力

## 2、研究方法

如您参加本研究，我们将调取您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据，经过所研发的人工智能影像筛查诊断系统对上述影像数据进行分析。

## 3、可能的不良反应

影像数据的调取对您无不良影响。

## 4、参加本研究的风险和受益

按照您个人的临床需求，我们将会为您行拍摄口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据拍摄，您可以获得口腔颌面部健康状况的信息。参加本研究，您有可能会对颌骨罕见疑难肿瘤影像研究作出重大贡献。

## 5、自愿参加与退出

您是否参加或中途退出本研究课题，是完全自愿的。您如退出，不会影响您与医生的关系和对您的常规治疗，更不会因此受到歧视和遭受不应有的损失。本《知情同意书》一式 2 份，医生和受试者各一份。

## 6、研究的咨询

如果您对本研究有任何问题，包括对受试者权益的疑问，您可以随时直接与负责本研究的医生联系。医生有责任如实回答您的咨询。

## 7、研究的费用

您在医院诊治的费用，如检查、治疗的费用将由您自己负担。参加本项目不会产生任何额外费用。

如果您在此研究中发生了与研究相关的意外伤害，其治疗将南京大学医学院附属口腔医院负责。

## 9、保密责任

在整个研究过程中，您的个人身份和资料研究单位会始终为您保密。临床研究单位将获得您在这项研究中的所有记录和结果，有关资料可能会被发表，但仅限于科研目的。

签署这份知情同意书前，作为受试者，我已经阅读过或其他人已向我念过以上内容。我确认已有充分的时间考虑，所有的疑问都已得到圆满的解答。我仍有权在任何时候得到咨询，并有权决定在任何时候退出本试验而不会受到任何形式的惩罚，也不会丧失任何合法的权利。我自愿参加此项研究，并与研究者全面合作。

受试者签名：\_\_\_\_\_ 期：2018年11月23日

法定亲属签名\_\_\_\_\_ 期：2018年11月23日 与受试者关系：\_\_\_\_\_

受试者电话：\_\_\_\_\_

研究者签名：\_\_\_\_\_ 日期：2018年11月23日

研究者电话：\_\_\_\_\_ 1 (办公)

\_\_\_\_\_ (手机)

# 知情同意书

尊敬的患者：

您将作为准备参加“颌骨罕见疑难肿瘤影像诊断与鉴别诊断回顾性解析”的一名受试者，请您仔细阅读以下相关说明后决定是否参加此项研究。如有疑问请尽管提出，医生将为您解答。

本研究旨回顾性分析颌骨罕见疑难肿瘤，进行诊断及鉴别诊断。从而利用影像学新技术筛查诊断颌骨罕见肿瘤，进行术前无创性筛查，优化口腔颌面疾病诊疗的临床策略，为临床提供一种无创、准确的影像诊断模式，促进口腔颌面肿瘤的临床疗效提高。

研究仅针对您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像或螺旋 CT 影像，不影响您的诊断、治疗和复查过程。本研究按照规定由南京市口腔医院对该研究进行临床验证。

## 1、研究目的

该研究收集颌骨罕见疑难肿瘤，提高影像学诊断能力

## 2、研究方法

如您参加本研究，我们将调取您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据，经过所研发的人工智能影像筛查诊断系统对上述影像数据进行分析。

## 3、可能的不良反应

影像数据的调取对您无不良影响。

## 4、参加本研究的风险和受益

按照您个人的临床需求，我们将会为您行拍摄口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据拍摄，您可以获得口腔颌面部健康状况的信息。参加本研究，您有可能会对颌骨罕见疑难肿瘤影像研究作出重大贡献。

## 5、自愿参加与退出

您是否参加或中途退出本研究课题，是完全自愿的。您如退出，不会影响您与医生的关系和对您的常规治疗，更不会因此受到歧视和遭受不应有的损失。本《知情同意书》一式 2 份，医生和受试者各一份。

## 6、研究的咨询

如果您对本研究有任何问题，包括对受试者权益的疑问，您可以随时直接与负责本研究的医生联系。医生有责任如实回答您的咨询。

## 7、研究的费用

您在医院诊治的费用，如检查、治疗的费用将由您自己负担。参加本项目不会产生任何额外费用。

如果您在此研究中发生了与研究相关的意外伤害，其治疗将南京大学医学院附属口腔医院负责。

## 9、保密责任

在整个研究过程中，您的个人身份和资料研究单位会始终为您保密。临床研究单位将获得您在这项研究中的所有记录和结果，有关资料可能会被发表，但仅限于科研目的。

签署这份知情同意书前，作为受试者，我已经阅读过或其他人已向我念过以上内容。我确认已有充分的时间考虑，所有的疑问都已得到圆满的解答。我仍有权在任何时候得到咨询，并有权决定在任何时候退出本试验而不会受到任何形式的惩罚，也不会丧失任何合法的权利。我自愿参加此项研究，并与研究者全面合作。

受试者签名：\_\_\_\_\_ 日期：2017年5月3日

法定亲属签名：\_\_\_\_\_ 日期：2017年5月3日 与受试者关系：\_\_\_\_\_

受试者电话：\_\_\_\_\_

研究者签名：\_\_\_\_\_ 日期：2017年5月3日

研究者电话：\_\_\_\_\_ 51 (办公)

\_\_\_\_\_ (手机)

# 知情同意书

尊敬的患者：

您将作为准备参加“颌骨罕见疑难肿瘤影像诊断与鉴别诊断回顾性解析”的一名受试者，请您仔细阅读以下相关说明后决定是否参加此项研究。如有疑问请尽管提出，医生将为您解答。

本研究旨回顾性分析颌骨罕见疑难肿瘤，进行诊断及鉴别诊断。从而利用影像学新技术筛查诊断颌骨罕见肿瘤，进行术前无创性筛查，优化口腔颌面疾病诊疗的临床策略，为临床提供一种无创、准确的影像诊断模式，促进口腔颌面肿瘤的临床疗效提高。

研究仅针对您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像或螺旋 CT 影像，不影响您的诊断、治疗和复查过程。本研究按照规定由南京市口腔医院对该研究进行临床验证。

## 1、研究目的

该研究收集颌骨罕见疑难肿瘤，提高影像学诊断能力

## 2、研究方法

如您参加本研究，我们将调取您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据，经过所研发的人工智能影像筛查诊断系统对上述影像数据进行分析。

## 3、可能的不良反应

影像数据的调取对您无不良影响。

## 4、参加本研究的风险和受益

按照您个人的临床需求，我们将会为您行拍摄口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据拍摄，您可以获得口腔颌面部健康状况的信息。参加本研究，您有可能会对颌骨罕见疑难肿瘤影像研究作出重大贡献。

## 5、自愿参加与退出

您是否参加或中途退出本研究课题，是完全自愿的。您如退出，不会影响您与医生的关系和对您的常规治疗，更不会因此受到歧视和遭受不应有的损失。本《知情同意书》一式 2 份，医生和受试者各一份。

## 6、研究的咨询

如果您对本研究有任何问题，包括对受试者权益的疑问，您可以随时直接与负责本研究的医生联系。医生有责任如实回答您的咨询。

## 7、研究的费用

您在医院诊治的费用，如检查、治疗的费用将由您自己负担。参加本项目不会产生任何额外费用。

如果您在此研究中发生了与研究相关的意外伤害，其治疗将南京大学医学院附属口腔医院负责。

## 9、保密责任

在整个研究过程中，您的个人身份和资料研究单位会始终为您保密。临床研究单位将获得您在这项研究中的所有记录和结果，有关资料可能会被发表，但仅限于科研目的。

签署这份知情同意书前，作为受试者，我已经阅读过或其他人已向我念过以上内容。我确认已有充分的时间考虑，所有的疑问都已得到圆满的解答。我仍有权在任何时候得到咨询，并有权决定在任何时候退出本试验而不会受到任何形式的惩罚，也不会丧失任何合法的权利。我自愿参加此项研究，并与研究者全面合作。

受试者签名：\_\_\_\_\_ 期：2019年8月22日

法定亲属签名：\_\_\_\_\_ 期：2019年8月22日 与受试者关系：\_\_\_\_\_

受试者电话：\_\_\_\_\_

研究者签名：\_\_\_\_\_ 日期：2019年8月22日

研究者电话：\_\_\_\_\_ 1 (办公)

(手机)

# 知情同意书

尊敬的患者：

您将作为准备参加“颌骨罕见疑难肿瘤影像诊断与鉴别诊断回顾性解析”的一名受试者，请您仔细阅读以下相关说明后决定是否参加此项研究。如有疑问请尽管提出，医生将为您解答。

本研究旨回顾性分析颌骨罕见疑难肿瘤，进行诊断及鉴别诊断。从而利用影像学新技术筛查诊断颌骨罕见肿瘤，进行术前无创性筛查，优化口腔颌面疾病诊疗的临床策略，为临床提供一种无创、准确的影像诊断模式，促进口腔颌面肿瘤的临床疗效提高。

研究仅针对您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像或螺旋 CT 影像，不影响您的诊断、治疗和复查过程。本研究按照规定由南京市口腔医院对该研究进行临床验证。

## 1、研究目的

该研究收集颌骨罕见疑难肿瘤，提高影像学诊断能力

## 2、研究方法

如您参加本研究，我们将调取您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据，经过所研发的人工智能影像筛查诊断系统对上述影像数据进行分析。

## 3、可能的不良反应

影像数据的调取对您无不良影响。

## 4、参加本研究的风险和受益

按照您个人的临床需求，我们将会为您行拍摄口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据拍摄，您可以获得口腔颌面部健康状况的信息。参加本研究，您有可能会对颌骨罕见疑难肿瘤影像研究作出重大贡献。

## 5、自愿参加与退出

您是否参加或中途退出本研究课题，是完全自愿的。您如退出，不会影响您与医生的关系和对您的常规治疗，更不会因此受到歧视和遭受不应有的损失。本《知情同意书》一式 2 份，医生和受试者各一份。

## 6、研究的咨询

如果您对本研究有任何问题，包括对受试者权益的疑问，您可以随时直接与负责本研究的医生联系。医生有责任如实回答您的咨询。

## 7、研究的费用

您在医院诊治的费用，如检查、治疗的费用将由您自己负担。参加本项目不会产生任何额外费用。

如果您在此研究中发生了与研究相关的意外伤害，其治疗将南京大学医学院附属口腔医院负责。

## 9、保密责任

在整个研究过程中，您的个人身份和资料研究单位会始终为您保密。临床研究单位将获得您在这项研究中的所有记录和结果，有关资料可能会被发表，但仅限于科研目的。

签署这份知情同意书前，作为受试者，我已经阅读过或其他人已向我念过以上内容。我确认已有充分的时间考虑，所有的疑问都已得到圆满的解答。我仍有权在任何时候得到咨询，并有权决定在任何时候退出本试验而不会受到任何形式的惩罚，也不会丧失任何合法的权利。我自愿参加此项研究，并与研究者全面合作。

受试者签名：\_\_\_\_\_ 日期：2015年 9 月 1 日

法定亲属签名 \_\_\_\_\_ 日期：2015年 9 月 1 日 与受试者关系：\_\_\_\_\_

受试者电话：\_\_\_\_\_

研究者签名：\_\_\_\_\_ 日期：2015年 9 月 1 日

研究者电话：\_\_\_\_\_ 351 \_\_\_\_\_（办公）

\_\_\_\_\_（手机）

# 知情同意书

尊敬的患者：

您将作为准备参加“颌骨罕见疑难肿瘤影像诊断与鉴别诊断回顾性解析”的一名受试者，请您仔细阅读以下相关说明后决定是否参加此项研究。如有疑问请尽管提出，医生将为您解答。

本研究旨回顾性分析颌骨罕见疑难肿瘤，进行诊断及鉴别诊断。从而利用影像学新技术筛查诊断颌骨罕见肿瘤，进行术前无创性筛查，优化口腔颌面疾病诊疗的临床策略，为临床提供一种无创、准确的影像诊断模式，促进口腔颌面肿瘤的临床疗效提高。

研究仅针对您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像或螺旋 CT 影像，不影响您的诊断、治疗和复查过程。本研究按照规定由南京市口腔医院对该研究进行临床验证。

## 1、研究目的

该研究收集颌骨罕见疑难肿瘤，提高影像学诊断能力

## 2、研究方法

如您参加本研究，我们将调取您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据，经过所研发的人工智能影像筛查诊断系统对上述影像数据进行分析。

## 3、可能的不良反应

影像数据的调取对您无不良影响。

## 4、参加本研究的风险和受益

按照您个人的临床需求，我们将会为您行拍摄口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据拍摄，您可以获得口腔颌面部健康状况的信息。参加本研究，您有可能会对颌骨罕见疑难肿瘤影像研究作出重大贡献。

## 5、自愿参加与退出

您是否参加或中途退出本研究课题，是完全自愿的。您如退出，不会影响您与医生的关系和对您的常规治疗，更不会因此受到歧视和遭受不应有的损失。本《知情同意书》一式 2 份，医生和受试者各一份。

## 6、研究的咨询

如果您对本研究有任何问题，包括对受试者权益的疑问，您可以随时直接与负责本研究的医生联系。医生有责任如实回答您的咨询。

## 7、研究的费用

您在医院诊治的费用，如检查、治疗的费用将由您自己负担。参加本项目不会产生任何额外费用。

如果您在此研究中发生了与研究相关的意外伤害，其治疗将南京大学医学院附属口腔医院负责。

## 9、保密责任

在整个研究过程中，您的个人身份和资料研究单位会始终为您保密。临床研究单位将获得您在这项研究中的所有记录和结果，有关资料可能会被发表，但仅限于科研目的。

-----

签署这份知情同意书前，作为受试者，我已经阅读过或其他人已向我念过以上内容。我确认已有充分的时间考虑，所有的疑问都已得到圆满的解答。我仍有权在任何时候得到咨询，并有权决定在任何时候退出本试验而不会受到任何形式的惩罚，也不会丧失任何合法的权利。我自愿参加此项研究，并与研究者全面合作。

受试者签名：\_\_\_\_\_ 日期：2012年10月12日

法定亲属签名：\_\_\_\_\_ 日期：2012年10月12日 与受试者关系：\_\_\_\_\_

受试者电话：13024343898

研究者签名：\_\_\_\_\_ 日期：2012年10月12日

研究者电话：86-25-83620351 (办公)

\_\_\_\_\_ (手机)

# 知情同意书

尊敬的患者：

您将作为准备参加“颌骨罕见疑难肿瘤影像诊断与鉴别诊断回顾性解析”的一名受试者，请您仔细阅读以下相关说明后决定是否参加此项研究。如有疑问请尽管提出，医生将为您解答。

本研究旨回顾性分析颌骨罕见疑难肿瘤，进行诊断及鉴别诊断。从而利用影像学新技术筛查诊断颌骨罕见肿瘤，进行术前无创性筛查，优化口腔颌面疾病诊疗的临床策略，为临床提供一种无创、准确的影像诊断模式，促进口腔颌面肿瘤的临床疗效提高。

研究仅针对您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像或螺旋 CT 影像，不影响您的诊断、治疗和复查过程。本研究按照规定由南京市口腔医院对该研究进行临床验证。

## 1、研究目的

该研究收集颌骨罕见疑难肿瘤，提高影像学诊断能力

## 2、研究方法

如您参加本研究，我们将调取您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据，经过所研发的人工智能影像筛查诊断系统对上述影像数据进行分析。

## 3、可能的不良反应

影像数据的调取对您无不良影响。

## 4、参加本研究的风险和受益

按照您个人的临床需求，我们将会为您行拍摄口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据拍摄，您可以获得口腔颌面部健康状况的信息。参加本研究，您有可能会对颌骨罕见疑难肿瘤影像研究作出重大贡献。

## 5、自愿参加与退出

您是否参加或中途退出本研究课题，是完全自愿的。您如退出，不会影响您与医生的关系和对您的常规治疗，更不会因此受到歧视和遭受不应有的损失。本《知情同意书》一式 2 份，医生和受试者各一份。

## 6、研究的咨询

如果您对本研究有任何问题，包括对受试者权益的疑问，您可以随时直接与负责本研究的医生联系。医生有责任如实回答您的咨询。

## 7、研究的费用

您在医院诊治的费用，如检查、治疗的费用将由您自己负担。参加本项目不会产生任何额外费用。

如果您在此研究中发生了与研究相关的意外伤害，其治疗将南京大学医学院附属口腔医院负责。

## 9、保密责任

在整个研究过程中，您的个人身份和资料研究单位会始终为您保密。临床研究单位将获得您在这项研究中的所有记录和结果，有关资料可能会被发表，但仅限于科研目的。

-----

签署这份知情同意书前，作为受试者，我已经阅读过或其他人已向我念过以上内容。我确认已有充分的时间考虑，所有的疑问都已得到圆满的解答。我仍有权在任何时候得到咨询，并有权决定在任何时候退出本试验而不会受到任何形式的惩罚，也不会丧失任何合法的权利。我自愿参加此项研究，并与研究者全面合作。

受试者签名：\_\_\_\_\_ 日期：2013 年 8 月 27 日

法定亲属签名 \_\_\_\_\_ 日期：2013 年 8 月 27 日 与受试者关系：\_\_\_\_\_

受试者电话：13856232432 \_\_\_\_\_

研究者签名 \_\_\_\_\_ 日期：2013 年 8 月 27 日

研究者电话：86-25-83620351 \_\_\_\_\_（办公）

\_\_\_\_\_（手机）

# 知情同意书

尊敬的患者：

您将作为准备参加“颌骨罕见疑难肿瘤影像诊断与鉴别诊断回顾性解析”的一名受试者，请您仔细阅读以下相关说明后决定是否参加此项研究。如有疑问请尽管提出，医生将为您解答。

本研究旨回顾性分析颌骨罕见疑难肿瘤，进行诊断及鉴别诊断。从而利用影像学新技术筛查诊断颌骨罕见肿瘤，进行术前无创性筛查，优化口腔颌面疾病诊疗的临床策略，为临床提供一种无创、准确的影像诊断模式，促进口腔颌面肿瘤的临床疗效提高。

研究仅针对您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像或螺旋 CT 影像，不影响您的诊断、治疗和复查过程。本研究按照规定由南京市口腔医院对该研究进行临床验证。

## 1、研究目的

该研究收集颌骨罕见疑难肿瘤，提高影像学诊断能力

## 2、研究方法

如您参加本研究，我们将调取您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据，经过所研发的人工智能影像筛查诊断系统对上述影像数据进行分析。

## 3、可能的不良反应

影像数据的调取对您无不良影响。

## 4、参加本研究的风险和受益

按照您个人的临床需求，我们将会为您行拍摄口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据拍摄，您可以获得口腔颌面部健康状况的信息。参加本研究，您有可能会对颌骨罕见疑难肿瘤影像研究作出重大贡献。

## 5、自愿参加与退出

您是否参加或中途退出本研究课题，是完全自愿的。您如退出，不会影响您与医生的关系和对您的常规治疗，更不会因此受到歧视和遭受不应有的损失。本《知情同意书》一式 2 份，医生和受试者各一份。

## 6、研究的咨询

如果您对本研究有任何问题，包括对受试者权益的疑问，您可以随时直接与负责本研究的医生联系。医生有责任如实回答您的咨询。

## 7、研究的费用

您在医院诊治的费用，如检查、治疗的费用将由您自己负担。参加本项目不会产生任何额外费用。

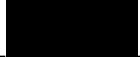
如果您在此研究中发生了与研究相关的意外伤害，其治疗将南京大学医学院附属口腔医院负责。

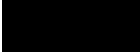
## 9、保密责任

在整个研究过程中，您的个人身份和资料研究单位会始终为您保密。临床研究单位将获得您在这项研究中的所有记录和结果，有关资料可能会被发表，但仅限于科研目的。

-----

签署这份知情同意书前，作为受试者，我已经阅读过或其他人已向我念过以上内容。我确认已有充分的时间考虑，所有的疑问都已得到圆满的解答。我仍有权在任何时候得到咨询，并有权决定在任何时候退出本试验而不会受到任何形式的惩罚，也不会丧失任何合法的权利。我自愿参加此项研究，并与研究者全面合作。

受试者签名：  日期： 2019 年 6 月 27 日

法定亲属签名：  日期： 2019 年 6 月 27 日 与受试者关系： 

受试者电话： 

研究者签名：  期： 2019 年 6 月 27 日

研究者电话：  (办公)

 (手机)

# 知情同意书

尊敬的患者：

您将作为准备参加“颌骨罕见疑难肿瘤影像诊断与鉴别诊断回顾性解析”的一名受试者，请您仔细阅读以下相关说明后决定是否参加此项研究。如有疑问请尽管提出，医生将为您解答。

本研究旨回顾性分析颌骨罕见疑难肿瘤，进行诊断及鉴别诊断。从而利用影像学新技术筛查诊断颌骨罕见肿瘤，进行术前无创性筛查，优化口腔颌面疾病诊疗的临床策略，为临床提供一种无创、准确的影像诊断模式，促进口腔颌面肿瘤的临床疗效提高。

研究仅针对您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像或螺旋 CT 影像，不影响您的诊断、治疗和复查过程。本研究按照规定由南京市口腔医院对该研究进行临床验证。

## 1、研究目的

该研究收集颌骨罕见疑难肿瘤，提高影像学诊断能力

## 2、研究方法

如您参加本研究，我们将调取您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据，经过所研发的人工智能影像筛查诊断系统对上述影像数据进行分析。

## 3、可能的不良反应

影像数据的调取对您无不良影响。

## 4、参加本研究的风险和受益

按照您个人的临床需求，我们将会为您行拍摄口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据拍摄，您可以获得口腔颌面部健康状况的信息。参加本研究，您有可能会对颌骨罕见疑难肿瘤影像研究作出重大贡献。

## 5、自愿参加与退出

您是否参加或中途退出本研究课题，是完全自愿的。您如退出，不会影响您与医生的关系和对您的常规治疗，更不会因此受到歧视和遭受不应有的损失。本《知情同意书》一式 2 份，医生和受试者各一份。

## 6、研究的咨询

如果您对本研究有任何问题，包括对受试者权益的疑问，您可以随时直接与负责本研究的医生联系。医生有责任如实回答您的咨询。

## 7、研究的费用

您在医院诊治的费用，如检查、治疗的费用将由您自己负担。参加本项目不会产生任何额外费用。

如果您在此研究中发生了与研究相关的意外伤害，其治疗将南京大学医学院附属口腔医院负责。

## 9、保密责任

在整个研究过程中，您的个人身份和资料研究单位会始终为您保密。临床研究单位将获得您在这项研究中的所有记录和结果，有关资料可能会被发表，但仅限于科研目的。

签署这份知情同意书前，作为受试者，我已经阅读过或其他人已向我念过以上内容。我确认已有充分的时间考虑，所有的疑问都已得到圆满的解答。我仍有权在任何时候得到咨询，并有权决定在任何时候退出本试验而不会受到任何形式的惩罚，也不会丧失任何合法的权利。我自愿参加此项研究，并与研究者全面合作。

受试者签名：\_\_\_\_\_ 日期：2019年 11月 18日

法定亲属签名：\_\_\_\_\_ 日期：2019年 11月 18日 与受试者关系：\_\_\_\_\_

受试者电话 \_\_\_\_\_

研究者签名 \_\_\_\_\_ 日期：2019年 11月 18日

研究者电话 \_\_\_\_\_ 1 (办公)

\_\_\_\_\_ (手机)

# 知情同意书

尊敬的患者：

您将作为准备参加“颌骨罕见疑难肿瘤影像诊断与鉴别诊断回顾性解析”的一名受试者，请您仔细阅读以下相关说明后决定是否参加此项研究。如有疑问请尽管提出，医生将为您解答。

本研究旨回顾性分析颌骨罕见疑难肿瘤，进行诊断及鉴别诊断。从而利用影像学新技术筛查诊断颌骨罕见肿瘤，进行术前无创性筛查，优化口腔颌面疾病诊疗的临床策略，为临床提供一种无创、准确的影像诊断模式，促进口腔颌面肿瘤的临床疗效提高。

研究仅针对您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像或螺旋 CT 影像，不影响您的诊断、治疗和复查过程。本研究按照规定由南京市口腔医院对该研究进行临床验证。

## 1、研究目的

该研究收集颌骨罕见疑难肿瘤，提高影像学诊断能力

## 2、研究方法

如您参加本研究，我们将调取您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据，经过所研发的人工智能影像筛查诊断系统对上述影像数据进行分析。

## 3、可能的不良反应

影像数据的调取对您无不良影响。

## 4、参加本研究的风险和受益

按照您个人的临床需求，我们将会为您行拍摄口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据拍摄，您可以获得口腔颌面部健康状况的信息。参加本研究，您有可能会对颌骨罕见疑难肿瘤影像研究作出重大贡献。

## 5、自愿参加与退出

您是否参加或中途退出本研究课题，是完全自愿的。您如退出，不会影响您与医生的关系和对您的常规治疗，更不会因此受到歧视和遭受不应有的损失。本《知情同意书》一式 2 份，医生和受试者各一份。

## 6、研究的咨询

如果您对本研究有任何问题，包括对受试者权益的疑问，您可以随时直接与负责本研究的医生联系。医生有责任如实回答您的咨询。

## 7、研究的费用

您在医院诊治的费用，如检查、治疗的费用将由您自己负担。参加本项目不会产生任何额外费用。

如果您在此研究中发生了与研究相关的意外伤害，其治疗将南京大学医学院附属口腔医院负责。

## 9、保密责任

在整个研究过程中，您的个人身份和资料研究单位会始终为您保密。临床研究单位将获得您在这项研究中的所有记录和结果，有关资料可能会被发表，但仅限于科研目的。

-----

签署这份知情同意书前，作为受试者，我已经阅读过或其他人已向我念过以上内容。我确认已有充分的时间考虑，所有的疑问都已得到圆满的解答。我仍有权在任何时候得到咨询，并有权决定在任何时候退出本试验而不会受到任何形式的惩罚，也不会丧失任何合法的权利。我自愿参加此项研究，并与研究者全面合作。

受试者签名

期：2019年8月9日

法定亲属签

期：2019年8月9日 与受试者关系：[redacted]

受试者电话

研究者签名

日期：2019年8月9日

研究者电话

1 (办公)

(手机)

# 知情同意书

尊敬的患者：

您将作为准备参加“颌骨罕见疑难肿瘤影像诊断与鉴别诊断回顾性解析”的一名受试者，请您仔细阅读以下相关说明后决定是否参加此项研究。如有疑问请尽管提出，医生将为您解答。

本研究旨回顾性分析颌骨罕见疑难肿瘤，进行诊断及鉴别诊断。从而利用影像学新技术筛查诊断颌骨罕见肿瘤，进行术前无创性筛查，优化口腔颌面疾病诊疗的临床策略，为临床提供一种无创、准确的影像诊断模式，促进口腔颌面肿瘤的临床疗效提高。

研究仅针对您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像或螺旋 CT 影像，不影响您的诊断、治疗和复查过程。本研究按照规定由南京市口腔医院对该研究进行临床验证。

## 1、研究目的

该研究收集颌骨罕见疑难肿瘤，提高影像学诊断能力

## 2、研究方法

如您参加本研究，我们将调取您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据，经过所研发的人工智能影像筛查诊断系统对上述影像数据进行分析。

## 3、可能的不良反应

影像数据的调取对您无不良影响。

## 4、参加本研究的风险和受益

按照您个人的临床需求，我们将会为您行拍摄口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据拍摄，您可以获得口腔颌面部健康状况的信息。参加本研究，您有可能会对颌骨罕见疑难肿瘤影像研究作出重大贡献。

## 5、自愿参加与退出

您是否参加或中途退出本研究课题，是完全自愿的。您如退出，不会影响您与医生的关系和对您的常规治疗，更不会因此受到歧视和遭受不应有的损失。本《知情同意书》一式 2 份，医生和受试者各一份。

## 6、研究的咨询

如果您对本研究有任何问题，包括对受试者权益的疑问，您可以随时直接与负责本研究的医生联系。医生有责任如实回答您的咨询。

## 7、研究的费用

您在医院诊治的费用，如检查、治疗的费用将由您自己负担。参加本项目不会产生任何额外费用。

如果您在此研究中发生了与研究相关的意外伤害，其治疗将南京大学医学院附属口腔医院负责。

## 9、保密责任

在整个研究过程中，您的个人身份和资料研究单位会始终为您保密。临床研究单位将获得您在这项研究中的所有记录和结果，有关资料可能会被发表，但仅限于科研目的。

签署这份知情同意书前，作为受试者，我已经阅读过或其他人已向我念过以上内容。我确认已有充分的时间考虑，所有的疑问都已得到圆满的解答。我仍有权在任何时候得到咨询，并有权决定在任何时候退出本试验而不会受到任何形式的惩罚，也不会丧失任何合法的权利。我自愿参加此项研究，并与研究者全面合作。

受试者签名：\_\_\_\_\_ 日期：2016年 9 月 27 日

法定亲属签名：\_\_\_\_\_ 日期：2016年 9 月 27 日 与受试者关系：\_\_\_\_\_

受试者电话：\_\_\_\_\_

研究者签名：\_\_\_\_\_ 日期：2016年 9 月 27 日

研究者电话：\_\_\_\_\_ 51 \_\_\_\_\_（办公）

\_\_\_\_\_（手机）

# 知情同意书

尊敬的患者：

您将作为准备参加“颌骨罕见疑难肿瘤影像诊断与鉴别诊断回顾性解析”的一名受试者，请您仔细阅读以下相关说明后决定是否参加此项研究。如有疑问请尽管提出，医生将为您解答。

本研究旨回顾性分析颌骨罕见疑难肿瘤，进行诊断及鉴别诊断。从而利用影像学新技术筛查诊断颌骨罕见肿瘤，进行术前无创性筛查，优化口腔颌面疾病诊疗的临床策略，为临床提供一种无创、准确的影像诊断模式，促进口腔颌面肿瘤的临床疗效提高。

研究仅针对您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像或螺旋 CT 影像，不影响您的诊断、治疗和复查过程。本研究按照规定由南京市口腔医院对该研究进行临床验证。

## 1、研究目的

该研究收集颌骨罕见疑难肿瘤，提高影像学诊断能力

## 2、研究方法

如您参加本研究，我们将调取您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据，经过所研发的人工智能影像筛查诊断系统对上述影像数据进行分析。

## 3、可能的不良反应

影像数据的调取对您无不良影响。

## 4、参加本研究的风险和受益

按照您个人的临床需求，我们将会为您行拍摄口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据拍摄，您可以获得口腔颌面部健康状况的信息。参加本研究，您有可能会对颌骨罕见疑难肿瘤影像研究作出重大贡献。

## 5、自愿参加与退出

您是否参加或中途退出本研究课题，是完全自愿的。您如退出，不会影响您与医生的关系和对您的常规治疗，更不会因此受到歧视和遭受不应有的损失。本《知情同意书》一式 2 份，医生和受试者各一份。

## 6、研究的咨询

如果您对本研究有任何问题，包括对受试者权益的疑问，您可以随时直接与负责本研究的医生联系。医生有责任如实回答您的咨询。

## 7、研究的费用

您在医院诊治的费用，如检查、治疗的费用将由您自己负担。参加本项目不会产生任何额外费用。

如果您在此研究中发生了与研究相关的意外伤害，其治疗将南京大学医学院附属口腔医院负责。

## 9、保密责任

在整个研究过程中，您的个人身份和资料研究单位会始终为您保密。临床研究单位将获得您在这项研究中的所有记录和结果，有关资料可能会被发表，但仅限于科研目的。

签署这份知情同意书前，作为受试者，我已经阅读过或其他人已向我念过以上内容。我确认已有充分的时间考虑，所有的疑问都已得到圆满的解答。我仍有权在任何时候得到咨询，并有权决定在任何时候退出本试验而不会受到任何形式的惩罚，也不会丧失任何合法的权利。我自愿参加此项研究，并与研究者全面合作。

受试者签名： 日期： 2006 年 9 月 12 日

法定亲属签名 日期： 2006 年 9 月 12 日 与受试者关系：

受试者电话： \_\_\_\_\_

研究者签名： 日期： 2006 年 9 月 12 日

研究者电话： 51 \_\_\_\_\_ （办公）

\_\_\_\_\_ （手机）

# 知情同意书

尊敬的患者：

您将作为准备参加“颌骨罕见疑难肿瘤影像诊断与鉴别诊断回顾性解析”的一名受试者，请您仔细阅读以下相关说明后决定是否参加此项研究。如有疑问请尽管提出，医生将为您解答。

本研究旨回顾性分析颌骨罕见疑难肿瘤，进行诊断及鉴别诊断。从而利用影像学新技术筛查诊断颌骨罕见肿瘤，进行术前无创性筛查，优化口腔颌面疾病诊疗的临床策略，为临床提供一种无创、准确的影像诊断模式，促进口腔颌面肿瘤的临床疗效提高。

研究仅针对您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像或螺旋 CT 影像，不影响您的诊断、治疗和复查过程。本研究按照规定由南京市口腔医院对该研究进行临床验证。

## 1、研究目的

该研究收集颌骨罕见疑难肿瘤，提高影像学诊断能力

## 2、研究方法

如您参加本研究，我们将调取您因临床需要而拍摄的口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据，经过所研发的人工智能影像筛查诊断系统对上述影像数据进行分析。

## 3、可能的不良反应

影像数据的调取对您无不良影响。

## 4、参加本研究的风险和受益

按照您个人的临床需求，我们将会为您行拍摄口腔曲面体层影像、锥形束 CT 影像、螺旋 CT 影像数据拍摄，您可以获得口腔颌面部健康状况的信息。参加本研究，您有可能会对颌骨罕见疑难肿瘤影像研究作出重大贡献。

## 5、自愿参加与退出

您是否参加或中途退出本研究课题，是完全自愿的。您如退出，不会影响您与医生的关系和对您的常规治疗，更不会因此受到歧视和遭受不应有的损失。本《知情同意书》一式 2 份，医生和受试者各一份。

## 6、研究的咨询

如果您对本研究有任何问题，包括对受试者权益的疑问，您可以随时直接与负责本研究的医生联系。医生有责任如实回答您的咨询。

## 7、研究的费用

您在医院诊治的费用，如检查、治疗的费用将由您自己负担。参加本项目不会产生任何额外费用。

如果您在此研究中发生了与研究相关的意外伤害，其治疗将南京大学医学院附属口腔医院负责。

## 9、保密责任

在整个研究过程中，您的个人身份和资料研究单位会始终为您保密。临床研究单位将获得您在这项研究中的所有记录和结果，有关资料可能会被发表，但仅限于科研目的。

签署这份知情同意书前，作为受试者，我已经阅读过或其他人已向我念过以上内容。我确认已有充分的时间考虑，所有的疑问都已得到圆满的解答。我仍有权在任何时候得到咨询，并有权决定在任何时候退出本试验而不会受到任何形式的惩罚，也不会丧失任何合法的权利。我自愿参加此项研究，并与研究者全面合作。

受试者签名：\_\_\_\_\_ 期：2010年 7 月 20 日

法定亲属签名\_\_\_\_\_ 期：2020年 7 月 20 日 与受试者关系：\_\_\_\_\_

受试者电话：\_\_\_\_\_

研究者签名：\_\_\_\_\_ 期：2020年 7 月 20 日

研究者电话：\_\_\_\_\_（办公）

\_\_\_\_\_（手机）