

## 郑州大学第一附属医院知情同意书

我已经充分理解了我的临床、病理及影像资料可能进行医学研究的相关事宜，我有机会提问而且所有问题均已得到解答。我理解参加医学研究是自愿的，我可以选择不参加医学研究，或者在任何时候通知研究者后退出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。如果我需要其他诊断/治疗，或者我没有遵守试验计划，或者有其他合理原因，研究者可以终止我继续参与医学研究。我自愿同意参加医学研究，我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者姓名（正楷）：

受试者签名：

联系电话：

日期：

（当受试者知情同意能力欠缺或不足时，增加或替换以下方式：）

监护人姓名（正楷）：

监护人签名：

监护人身份证号：

与受试者的关系：

联系电话：

日期：

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

我已准确地将进行医学研究相关事宜告知患者并对患者的提问进行了解答，患者自愿参加医学研究。并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究医生姓名（正楷）：

研究医生签名：

联系电话：

日期：