

知情同意书签字页 (主试验)

如果您完全理解了这一研究项目的内容,并同意参加此项研究,您将签署此知情同意书,一式两份,由研究者和患者本人或监护人各保留一份。

临床研究项目名称: 一项 HLX10 (重组抗 PD-1 人源化单克隆抗体注射液) 联合化疗对比安慰剂联合化疗新辅助/辅助治疗胃癌的随机、双盲、多中心的 III 期临床研究

受试者同意声明:

- 1、我已经认真阅读并理解该份临床研究知情同意书中所有的信息。
- 2、我确认已有充足的时间考虑是否参加该临床试验,且所有的疑问都已得到圆满的解答。
- 3、我有权力在任何时候进行咨询并会得到解答,自愿参与本研究,有权力决定在任何时候退出本研究而不会受到任何形式的惩罚,也不会丧失任何合法的权利。
- 4、我同意收集、储存、处理、转移和使用我的数据。
- 5、我自愿参加此项研究,并承诺与研究者的全面合作。
- 6、我已获得签字的该知情同意书一份。
- 7、我同意参加本项研究,并遵从医嘱。

受试者姓名 (正楷):

受试者签名:

联系方式:

日期:

如果受试者无或限制行为能力时,监护人应该签字 (如适用)

监护人姓名 (正楷): _____ 监护人签名: _____

监护人与受试者关系: _____ 日期: _____

联系方式: _____

如果受试者或受试者监护人不能读写时,见证人应该签字 (如适用)

见证人姓名 (正楷): _____ 见证人签名: _____

见证人与受试者关系: _____ 日期: _____

联系方式: _____

研究医生声明

我确认已就本研究的性质、目的、要求和可能风险向受试者进行了详细的解释和告知,同时探讨了其他可选择的治疗方案,并回答了受试者的所有有关问题,受试者是出于自愿同意参加本研究。受试者已经收到一份已签字的知情同意书。

根据国家法律法规和本研究的方案,我将准确的执行临床研究和采取必要的措施以保障上述受试者的权利和安全。

研究医生姓名(正楷)

研究医生签名

联系方式:

日期: 2022