

知情同意书• 同意签字页

受试者声明

本人已仔细阅读了“比较光学增强内镜联合放大内镜与醋酸增强放大内镜对胃黏膜肠上皮化生诊断价值的研究 临床研究受试者需知”，并已充分理解了该临床研究目的、内容、方法以及参加研究的可能获益和风险。医生已将相关的医疗术语做了明确的解释，我所询问的所有问题均得到了通俗易懂的解答。我理解我可以拒绝加入研究或在任何时候和情况下中止和退出研究，医疗待遇和权利不受影响。

我参加本研究完全是自愿的，并进行了充分考虑，已了解该项研究中可能发生的风险及该研究带来的社会效益，获得了与本研究有关的完整、真实的信息，本人充分理解并支持该项临床研究。在没有任何压力且能自由选择的情况下，我自愿参加本临床研究，并自愿和研究医生配合，按规定用药、接受体检，完成此项临床研究。

我同意在需要的时候由研究者、申办方委派的监查员及伦理委员会查阅我的病历研究资料。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。

患 者（签名）: _____ 日 期: _____ 日

(或法定代理人（签名）: _____) 与患者关系: _____

联系电话: _____

研究者声明

我声明我已向上述参加者详细解释了本研究的内容、步骤、可能出现的危险性和益处，并就病人提出的任何问题给予了充分的解答，病人已得到满意的答复并表示理解。

研究医生（签名）: _____ 日 期: _____ 日

联系电话: _____