

知情同意书—知情告知页

亲爱的患者：

您的医生已经确诊您为：脓毒症/脓毒症休克

我们将邀请您参加：间接测热指导脓症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响
请您在决定参加之前，仔细阅读以下内容：

研究项目：《间接测热指导脓症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

课题编号：2016 年国家重点科技项目：2016YFD04006；2017 年度宁夏自然科学基金（NZ17163）

研究目的：本课题将探讨不同严重程度的脓毒症（脓毒症、感染性休克）肠道菌群多样性变化；探讨间接测热法指导的脓症患者不同水平的肠内营养支持对肠道菌群、免疫功能、肠道屏障功能的影响。从而为合理的脓毒症营养支持治疗措施寻找理论依据，最终改善预后。

研究过程：一旦您有幸参加此项实验，您只需要向我们提供您外周静脉血 10ml，新鲜粪便 10ml。

研究益处：由于您的积极参与和巨大贡献，我们将丰富实验样本量，利于更好的完成该课题的研究，为脓症患者合理的营养支持提供可信依据。

研究风险：血样采集可能引起疼痛、针刺部位瘀斑或出血。

隐私保密：对于您提供给我们所有信息，我们将会呈送给申办者和相关单位审查，这些资料也是能呈送给其他可能核准本实验的国家的卫生机构作为参考。您的医疗纪录及所签写的同意书，将会被研究者保存。实验的结果可能在学术会议或期刊上公开发表，我们只提供实验室数据，您的隐私将得到绝对的保密。

我们诚挚的希望您的加入，并对您的支持表示最衷心的感谢！



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

- 我可以随时向医生咨询更多的信息。
- 我可以随时推出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

[Redacted signature]

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

[Redacted signature]

日期：2019年10月3日

知情同意书—知情告知页

亲爱的患者：

您的医生已经确诊您为：脓毒症/脓毒症休克

我们将邀请您参加：间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响
请您在决定参加之前，仔细阅读以下内容：

研究项目：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

课题编号：2016 年国家重点科技项目：2016YFD04006；2017 年度宁夏自然科学基金（NZ17163）

研究目的：本课题将探讨不同严重程度的脓毒症（脓毒症、感染性休克）肠道菌群多样性变化；探讨间接测热法指导的脓毒症患者不同水平的肠内营养支持对肠道菌群、免疫功能、肠道屏障功能的影响。从而为合理的脓毒症营养支持治疗措施寻找理论依据，最终改善预后。

研究过程：一旦您有幸参加此项实验，您只需要向我们提供您外周静脉血 10ml，新鲜粪便 10ml。

研究益处：由于您的积极参与和巨大贡献，我们将丰富实验样本量，利于更好的完成该课题的研究，为脓毒症患者合理的营养支持提供可信依据。

研究风险：血样采集可能引起疼痛、针刺部位瘀斑或出血。

隐私保密：对于您提供给我们所有信息，我们将会呈送给申办者和相关单位审查，这些资料也是能呈送给其他可能核准本实验的国家的卫生机构作为参考。您的医疗纪录及所签写的同意书，将会被研究者保存。实验的结果可能在学术会议或期刊上公开发表，我们只提供实验室数据，您的隐私将得到绝对的保密。

我们诚挚的希望您的加入，并对您的支持表示最衷心的感谢！



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

- 我可以随时向医生咨询更多的信息。
- 我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）： 

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名： 

日期：2019年11月6日

知情同意书—知情告知页

亲爱的患者：

您的医生已经确诊您为：脓毒症/脓毒症休克

我们将邀请您参加：间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响
请您在决定参加之前，仔细阅读以下内容：

研究项目：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

课题编号：2016 年国家重点科技项目：2016YFD04006；2017 年度宁夏自然科学基金（NZ17163）

研究目的：本课题将探讨不同严重程度的脓毒症（脓毒症、感染性休克）肠道菌群多样性变化；探讨间接测热法指导的脓毒症患者不同水平的肠内营养支持对肠道菌群、免疫功能、肠道屏障功能的影响。从而为合理的脓毒症营养支持治疗措施寻找理论依据，最终改善预后。

研究过程：一旦您有幸参加此项实验，您只需要向我们提供您外周静脉血 10ml，新鲜粪便 10ml。

研究益处：由于您的积极参与和巨大贡献，我们将丰富实验样本量，利于更好的完成该课题的研究，为脓毒症患者合理的营养支持提供可信依据。

研究风险：血样采集可能引起疼痛、针刺部位瘀斑或出血。

隐私保密：对于您提供给我们所有信息，我们将会呈送给申办者和相关单位审查，这些资料也是能呈送给其他可能核准本实验的国家的卫生机构作为参考。您的医疗纪录及所签写的同意书，将会被研究者保存。实验的结果可能在学术会议或期刊上公开发表，我们只提供实验室数据，您的隐私将得到绝对的保密。

我们诚挚的希望您的加入，并对您的支持表示最衷心的感谢！



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2019年11月12日

知情同意书—知情告知页

亲爱的患者：

您的医生已经确诊您为：脓毒症/脓毒症休克

我们将邀请您参加：间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响
请您在决定参加之前，仔细阅读以下内容：

研究项目：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

课题编号：2016 年国家重点科技项目：2016YFD04006；2017 年度宁夏自然科学基金（NZ17163）

研究目的：本课题将探讨不同严重程度的脓毒症（脓毒症、感染性休克）肠道菌群多样性变化；探讨间接测热法指导的脓毒症患者不同水平的肠内营养支持对肠道菌群、免疫功能、肠道屏障功能的影响。从而为合理的脓毒症营养支持治疗措施寻找理论依据，最终改善预后。

研究过程：一旦您有幸参加此项实验，您只需要向我们提供您外周静脉血 10ml，新鲜粪便 10ml。

研究益处：由于您的积极参与和巨大贡献，我们将丰富实验样本量，利于更好的完成该课题的研究，为脓毒症患者合理的营养支持提供可信依据。

研究风险：血样采集可能引起疼痛、针刺部位瘀斑或出血。

隐私保密：对于您提供给我们所有信息，我们将会呈送给申办者和相关单位审查，这些资料也是能呈送给其他可能核准本实验的国家的卫生机构作为参考。您的医疗纪录及所签写的同意书，将会被研究者保存。实验的结果可能在学术会议或期刊上公开发表，我们只提供实验室数据，您的隐私将得到绝对的保密。

我们诚挚的希望您的加入，并对您的支持表示最衷心的感谢！



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

- 我可以随时向医生咨询更多的信息。

- 我可以随时推出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2019年11月29日

知情同意书—知情告知页

亲爱的患者：

您的医生已经确诊您为：脓毒症/脓毒症休克

我们将邀请您参加：间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响
请您在决定参加之前，仔细阅读以下内容：

研究项目：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

课题编号：2016 年国家重点科技项目：2016YFD04006；2017 年度宁夏自然科学基金（NZ17163）

研究目的：本课题将探讨不同严重程度的脓毒症（脓毒症、感染性休克）肠道菌群多样性变化；探讨间接测热法指导的脓毒症患者不同水平的肠内营养支持对肠道菌群、免疫功能、肠道屏障功能的影响。从而为合理的脓毒症营养支持治疗措施寻找理论依据，最终改善预后。

研究过程：一旦您有幸参加此项实验，您只需要向我们提供您外周静脉血 10ml，新鲜粪便 10ml。

研究益处：由于您的积极参与和巨大贡献，我们将丰富实验样本量，利于更好的完成该课题的研究，为脓毒症患者合理的营养支持提供可信依据。

研究风险：血样采集可能引起疼痛、针刺部位瘀斑或出血。

隐私保密：对于您提供给我们所有信息，我们将会呈送给申办者和相关单位审查，这些资料也是能呈送给其他可能核准本实验的国家的卫生机构作为参考。您的医疗纪录及所签写的同意书，将会被研究者保存。实验的结果可能在学术会议或期刊上公开发表，我们只提供实验室数据，您的隐私将得到绝对的保密。

我们诚挚的希望您的加入，并对您的支持表示最衷心的感谢！



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时推出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

[Redacted signature]

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

[Redacted signature]

研究者签名：

日期：2019年12月7日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

- 我可以随时向医生咨询更多的信息。

- 我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：



医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：



日期：2020年1月1日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2020年1月10日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时推出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2020年3月10日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2020年3月16日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时推出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2020年4月1日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

- 我可以随时向医生咨询更多的信息。
- 我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2020年6月9日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：



医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：



日期：2020年9月20日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

[Redacted Signature]

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

[Redacted Signature]

日期：2020年9月21日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2020年9月26日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2020年9月28日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

[REDACTED]

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

[REDACTED]

日期：2020年10月20日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

[REDACTED]

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

[REDACTED]

日期：2022年10月26日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

- 我可以随时向医生咨询更多的信息。
- 我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2020年11月2日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2020年11月11日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

- 我可以随时向医生咨询更多的信息。

- 我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2020年11月12日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

[REDACTED]

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

[REDACTED]

日期：2020年11月14日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

- 我可以随时向医生咨询更多的信息。

- 我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）： [REDACTED]

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名： [REDACTED]

日期：2020年11月14日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

[Redacted signature]

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

[Redacted signature]

日期：2020年12月10日

[Handwritten mark]



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

[REDACTED]

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

[REDACTED]

日期：2020年12月13日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2021年1月25日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

- 我可以随时向医生咨询更多的信息。

- 我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：



医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：



日期：2021年2月1日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

- 我可以随时向医生咨询更多的信息。
- 我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2020年6月9日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2020年6月25日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

- 我可以随时向医生咨询更多的信息。

- 我可以随时推出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：



医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：



日期：2020年7月2日



知情同意书—同意签字页

临床研究项目名称：《间接测热指导脓毒症患者营养支持对肠道菌群多样性的影响》

研究单位：宁夏医科大学总医学

合作单位：宁夏医科大学总医院重症医学科

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和益处。我自愿参加本研究，并明白：

●我可以随时向医生咨询更多的信息。

●我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意提供我的医疗记录给申办者。

我同意除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。如果我的标本有剩余，我同意用于实验室的其他实验。

仅以签署同意书确认我同意参加本实验，同时我确知我不会因为参加本实验而损伤任何法律权利。

受试者（监护人）：

医生声明：

我已确认向患者介绍了本实验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险。

研究者签名：

日期：2020年7月20日