

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受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足时间对此进行考虑，而且明白：

- 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。
- 如果我中途退出研究，将我的病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对整个研究十分有利。
- 如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会在事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。
- 我同意药品监督管理部门伦理委员会或申办者代表查阅我的研究资料。
- 我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。

最后，我决定同意参加本项研究，并保证尽量遵从医嘱。

受试者签名： 2015 年 10 月 12 日 联系电话： 1513579968
代理人签字： 年 月 日 联系电话：

我确认已向受试者解释了本研究的详细情况，包括其权力义务以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

医生签名： 陈建宏 2015 年 10 月 12 日 联系电话： 18810725631
5 / 5

