

---

## 山东大学齐鲁医院

### 普外科患者临床资料收集知情同意书

患者姓名：



住院号：



尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

您现在阅读的是临床资料收集知情同意书，本知情同意书将为您提供全面信息来帮助您决定是否同意参加临床资料收集，请仔细阅读，若有任何问题，您可以随时提出。

#### 临床背景

临床资料收集主要用于疾病防治等方面的科学研究，为医药科学研究和发展储备重要的战略资源。您的参与将有助于医学诊疗技术的提高，最终回馈给您更加优质的医疗服务。

#### 临床风险

临床资料收集将不会给您带来临床常规操作以外的任何临床风险。

#### 关于费用

临床资料收集是公益性的、非盈利的，无需支付任何费用。

#### 临床资料收集

在不影响疾病诊断和治疗的前提下，临床资料收集将通过留取废弃/剩余检验标本、活检或手术切除后废弃/剩余标本、采集您的检验检查报告及出院后随访等方式进行。在您全面了解相关情况并征得您本人或法定监护人、委托人同意后，我们将收集以下临床资料：

- \* 收集在诊断、治疗、预后等方面的数据或信息；
- \* 在入院常规采血检验完成后，留取废弃的全血、血清、血浆等标本；
- \* 在活检或手术切除后，保证足够病理诊断前提下留取废弃/剩余标本；
- \* 在静脉采血时额外采集血液标本 10 毫升；
- \* 随访调查。

#### 保密问题

您享有充分的隐私权，我们将在法律允许的范围内，对您的个人资料进行严格保密。在临床资料收集、保管、使用、销毁和随访过程中，相关信息将采用统一编号进行标识，严格按照审查程序，保证符合相关法律法规、伦理规范及科研的合理性和可行性。

### 参加和退出的权利

您同意临床资料收集完全出于自愿。如果您不愿意，可以拒绝参加，即使同意参加，您也可以随时选择退出。

### 联系方式

本知情同意书符合山东大学齐鲁医院伦理委员会的相关规定，如果您在任何时间对此有任何疑问或建议，请通过电话 0531-82166391 与我们联系。

### 知情同意声明：

我已仔细、全面地阅读此知情同意书，我有足够的时间和机会对此知情同意书进行提问，且所有问题均已得到满意解答，我的参与是完全自愿的。我知道我留取的临床资料都将在法律允许的范围内得到严格的保密。我可以在任何时候选择退出，且我享有的任何医疗待遇与权益不会因此受到影响。我知道此签字并不可免去任何费用及我本应尽责的事项。此知情同意书一式两份，山东大学齐鲁医院和我各留存一份。

患者本人/法定监护人签名：\_\_\_\_\_

授权委托人签名：\_\_\_\_\_ 与患者关系：\_\_\_\_\_

医生签名：\_\_\_\_\_

日期：2017年 11月 15 日