

知情同意书

技术名称：直接前方入路全膝关节置换术

技术版本号：1.0版

知情同意书版本号：1.0版

技术应用机构：常州市第二人民医院

负责人：王禹基

您将被邀请参加一项临床技术应用。本知情同意书提供给您一些信息以帮助您决定是否参加此项临床技术应用。请您仔细阅读，如有任何疑问请向负责人提出。

您参加本研究是自愿的。该技术已通过常州市第二人民医院伦理审查委员会审查。

该技术应用范围：

该技术应用于所有膝关节疾病需采用全膝关节置换术的患者

该技术实施过程：

患者取平卧位，在膝关节前方使用阔筋膜张肌及股直肌的肌肉间隙进入膝关节平面，在膝关节的前方行全膝关节置换。

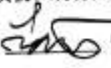
该技术实施存在的风险：

1. 假体周围感染。2. 髌关节脱位。3. 神经血管损伤。4. 股前外侧皮神经损伤。5. 假体穿出。假体周围骨折。

隐私问题：如果您决定参加本项技术应用，您的个人资料均属保密。为确保研究按照规定进行，必要时，政府管理部门或伦理审查委员会的成员按规定可以在研究单位查阅您的个人资料。这项研究结果发表时，将不会披露您个人的任何资料。

您可以选择不参加本项技术应用，或者在任何时候通知负责人要求退出研究，您的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果您需要其它治疗，或者您没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止您继续参与本项研究。

您可随时了解与本技术应用有关的信息资料和研究进展，如果您有与本技术应用有关的问题，或您在研究过程中发生了任何不适与损伤，或有关于本项研究参加者权益方面的问题您可以通过 15961104432 电话与  (负责人/负责人姓名) 联系。

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问并且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2018 年 5 月 12 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题,我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2018 年 5 月 12 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问并且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: _____

联系电话: _____

日期: 2016 年 10 月 27 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: _____

联系电话: 15961124432

日期: 2016 年 10 月 27 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问并且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2016 年 11 月 12 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2016 年 11 月 13 日

知情同意书

我已经阅读了本知情同意书。

我对参加本项临床技术是自愿的。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名：

联系电话：

日期：2017年4月12日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名：

联系电话：

日期：2017年4月12日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名：

联系电话：

日期：2018年4月10日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名：

联系电话：

日期：2018年4月10日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会就研究计划所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: 

联系电话: 

日期: 2017 年 1 月 18 日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: 

联系电话: 15961104452

日期: 2017 年 1 月 18 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2018 年 6 月 9 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话: 1391104432

日期: 2018 年 6 月 9 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问并且所有问题均已得到解答。


我理解参加本项临床技术是自愿的。


我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: 

联系电话: 

日期: 2017年12月20日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: 

联系电话: 15961104432

日期: 2017年12月20日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名：

联系电话：

日期：2017年11月17日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名：

联系电话：

日期：2017年11月17日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: _____

联系电话: _____

日期: 2017 年 1 月 17 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: _____

联系电话: 15961104472

日期: 2017 年 1 月 17 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问并且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2016 年 11 月 12 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2016 年 11 月 12 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我在机会提出并且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名：

联系电话：

日期：2018年 6 月 22 日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名：

联系电话：

日期：2018年 6 月 22 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问并且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2017 年 11 月 17 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2017 年 11 月 17 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: _____

联系电话: _____

日期: 2017年10月7日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题,我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: _____

联系电话: _____

日期: 2017年10月7日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会退回到注册前问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名：

联系电话：

日期：2018年9月6日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名：

联系电话：

日期：2018年9月6日

附件 知情同意书

我已经阅读了本知情同意书。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2017年 5月 14日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2017年 5月 14日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问并且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2017 年 6 月 21 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2017 年 6 月 21 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: _____

联系电话: _____

日期: 2016 年 11 月 5 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: _____

联系电话: _____

日期: 2016 年 11 月 5 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。


我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: 

联系电话: 

日期: 2017 年 7 月 16 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题,我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: 

联系电话: 13961104432

日期: 2017 年 7 月 16 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: _____

联系电话: _____

日期: 2017年 7 月 26 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: _____

联系电话: _____

日期: 2017年 7 月 26 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我充分理解并向医生询问相关问题并得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2018 年 7 月 21 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2018 年 7 月 21 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时点通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: _____

联系电话: _____

日期: 2017年 9 月 22 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: _____

联系电话: _____

日期: 2017年 9 月 22 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2017 年 5 月 16 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2017 年 5 月 16 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2018 年 9 月 17 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2018 年 9 月 17 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2016 年 12 月 15 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2016 年 12 月 15 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: 

联系电话: 

日期: 2018年 4月 12日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题,我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: 

联系电话: 1896104432

日期: 2018年 4月 12日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问并且所有问题均已得到解答。


我理解参加本项临床技术是自愿的。

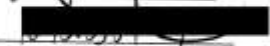
我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

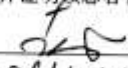
我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: 

联系电话: 

日期: 2016 年 12 月 16 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: 

联系电话: 1591104432

日期: 2016 年 12 月 16 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名：_____

联系电话：_____

日期：2017年6月15日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名：_____

联系电话：_____

日期：2017年6月15日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2017 年 12 月 22 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2017 年 12 月 22 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而任何问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2017 年 8 月 25 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2017 年 8 月 25 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问并且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名：_____

联系电话：_____

日期：2018年3月12日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名：_____

联系电话：15961104452

日期：2018年3月12日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: _____

联系电话: _____

日期: 2017年 4 月 26 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: _____

联系电话: _____

日期: 2017年 4 月 26 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2018 年 3 月 11 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2018 年 3 月 11 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问并且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2018 年 6 月 22 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2018 年 6 月 22 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: 

联系电话: 

日期: 2017年 4月 26日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: 

联系电话: 13961104432

日期: 2017年 4月 26日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问并且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2018 年 4 月 14 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2018 年 4 月 14 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问并且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术。或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名：

联系电话：

日期：2017年3月17日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名：

联系电话：

日期：2017年3月17日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2016 年 12 月 5 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2016 年 12 月 5 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问并且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该项临床技术。或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名：

联系电话：

日期：2018年2月9日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名：

联系电话：

日期：2018年2月9日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我对机会、风险和利益的问题已经得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该项临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会受到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2017年 10月 22日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2017年 10月 22日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名：_____

联系电话：_____

日期：2018年6月12日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名：_____

联系电话：15961104452

日期：2018年6月12日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2017 年 10 月 13 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2017 年 10 月 13 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2017年 9 月 6 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2017年 9 月 6 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。


我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

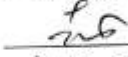
我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: 

联系电话: 

日期: 2017 年 3 月 29 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: 

联系电话: 15961104452

日期: 2017 年 3 月 29 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我对相关内容有任何疑问均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名：

联系电话：

日期：2018年8月30日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题，我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名：

联系电话：

日期：2018年8月30日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我在过去期间内所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该项临床技术，或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名：

联系电话：

日期：2018年5月22日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名：

联系电话：

日期：2018年5月22日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: [Signature]
联系电话: [Redacted]
日期: 2018年 5月 2日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: [Signature]
联系电话: 15961108432
日期: 2018年 5月 2日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。


我愿意承担该技术应用的相关风险。

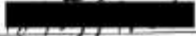
我可以选择不参加该项临床技术,或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报

复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。


我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: 

联系电话: 

日期: 2017年1月12日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: 

联系电话: 15961104432

日期: 2017年1月12日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我自愿参加本项目临床研究。

我理解参加本项目临床研究是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床研究，或者在任一时间通知负责人退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名：

联系电话：

日期：2017年12月6日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名：

联系电话：

日期：2017年12月6日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: _____

联系电话: _____

日期: 2017 年 2 月 12 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: _____

联系电话: _____

日期: 2017 年 12 月 12 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我在知悉患何病且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: _____

联系电话: _____

日期: 2018年 2月 25日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: _____

联系电话: _____

日期: 2018年 2月 25日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我对相关内容有任何疑问均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名：

联系电话：

日期：2017年4月16日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名：

联系电话：

日期：2017年4月16日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问并且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: _____

联系电话: _____

日期: 2017 年 3 月 12 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: _____

联系电话: _____

日期: 2017 年 3 月 12 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2017 年 12 月 9 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2017 年 12 月 7 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名：

联系电话：

日期：2018年7月30日

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，知晓该技术的应用存在一定风险，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名：

联系电话：

日期：2018年7月30日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: _____

联系电话: _____

日期: 2017年 8月 25日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题,我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名: _____

联系电话: _____

日期: 2017年 8月 25日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2016 年 12 月 19 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2016 年 12 月 19 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在什么时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2017 年 4 月 21 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2017 年 4 月 21 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我在机会提出并且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2018年 6月 22日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2018年 6月 22日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而任何问题均已得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术,或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗,或者我没有遵守研究计划,或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因,研究医师可以终止我继续参与本研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名:

联系电话:

日期: 2017 年 8 月 25 日

我已准确地将这份文件告知患者,他/她准确地阅读了这份知情同意书,知晓该技术的应用存在一定风险,并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

负责人签名:

联系电话:

日期: 2017 年 8 月 25 日