

知情同意书

技术名称：直接前方入路全髋关节置换术

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。

您参加本项研究是自愿的。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：

该技术应用于所有髋关节疾病需采用全髋关节置換术的患者

该技术实施过程：

患者取平卧位，在髋关节前方使用阔筋膜张肌及股直肌的肌肉间隙进入髋关节平面，在髋关节的前方行全髋关节置換。

该技术实施存在的风险：

1. 假体周围感染。2. 髋关节脱位。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。该项研究结果发表时，将不会披露您的个人的任何资料。

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 15961109932（电话号码）与 王禹基（负责人及有关人员姓名）联系。

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有充分的时间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。

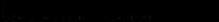
我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责大夫退出而不会遭到任何惩罚，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 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: 17911104432

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全遭到的投诉或报复，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 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：_____

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研究者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 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: 2016 年 11 月 13 日

同意书

我已经阅读了本知情同意书。

I have read the informed consent form.

我理解参加本项临床技术是自愿的。

I understand that participation in this clinical trial is voluntary.

我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知研究者后退出而不承担任何赔偿或惩罚。
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。

I can choose not to participate in this clinical trial, or withdraw at any time without compensation or punishment.
If I need other treatment, or do not follow the study plan, or if there is any other reason, the research physician can terminate my participation in this study.

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必遭到任何惩罚，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: 18191
联系 电话: 13331101101
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: 孙
联系 电话: 15961104432
日期: 2018年4月10日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有权利知道项目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技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不必遭到歧视或报复。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 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: 15961104432

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。

我可以随时不参加该临床技术，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 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:

日期: 2018 年 6 月 9 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

所有相关问题项目所列问题均已得到解答。

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医务人员后退出而不需遭到歧视或报复，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 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。

所有相关风险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需说明理由或报复，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。

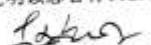
我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

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: 15961104432

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，或者在任何时候通知负责人后退出而不必遭到歧视或报复，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] _____
患者签名: _____ [redacted]
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: 3dm6
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: 216 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: 1391114432
日期: 216 年 11 月 12 日

同意书

我已经阅读了本知情同意书。

我在完全理解而且所有问题均已被解答后

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研究人后退出而不受限制或惩罚，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。

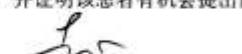
我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

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: 17961104432.

日期: 2018 年 6 月 22 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会询问而且所有问题均得到解答。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

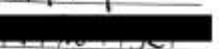
我愿意承担该技术应用的相关风险。

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需遭到歧视或报复，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。

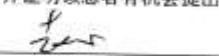
我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: 

联系 电话: 

日期: 2011 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: 15961124492

日期: 2011 年 11 月 17 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有充分时间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妨碍或报复，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。

我有机会询问项目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。

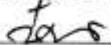
我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不必得到的补偿或答复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

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: 1596104432
日期: 2018 年 9 月 6 日

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承担任何法律责任。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。

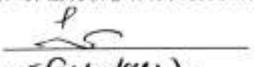
我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: 

联系 电话: 

日期: 2017 年 1 月 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: 1596104438

日期: 2017 年 1 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医务人员退出而不必遭到歧视或报复，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 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: 1796144432

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。

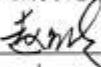
我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不至遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

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: 1396174432
日期: 2016 年 11 月 5 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会询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必遭到歧视或报复，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 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:

日期: 2017 年 7 月 16 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

现在和今后向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需遭到歧视或报复，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。

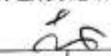
我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: 

联系 电话: 

日期: 2017年 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: 1396114452

日期: 2017年 7 月 26 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

所有相关的问题均已得到解答。

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研究人后退出而不受到歧视或报复，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: 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:

1396114432

日期: 2018 年 7 月 21 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

所有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。

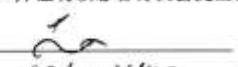
我可以选择不参加该项临床技术，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

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: 15961104472
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。

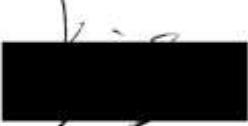
我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

非同治疗不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到任何报
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。

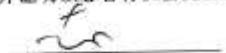
我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

患者签名: 

联系 电话: 

日期: 2017 年 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: 1591104432

日期: 2017 年 7 月 16 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

所有相关问题和疑虑均已得到解答。

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。

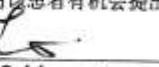
我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不受到任何惩罚。我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

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 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: 13961104032
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。

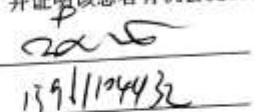
我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

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 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: 13911104432
日期: 2016 年 12 月 15 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有充分的时间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。

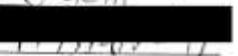
我愿意承担该技术应用的相关风险。

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: 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: 17961104432

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研究者后退出而不受到歧视或报复。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: 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: 17961104932

日期: 2016 年 12 月 16 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我在机会询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大夫退出而不会遭到任何惩罚。如果我退出，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。

我有权利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牵涉到赔偿或报复，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 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: 1396104432
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研究者后退出而不必承担经济或民事责任，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 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: 15961104452
日期: 2017 年 8 月 25 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我充分理解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研究者后退出而不令遭到任何惩罚。

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：_____

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，或者在任何时候被通知病人后退出而不令遭到妨碍或报复，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：15961104432
日期：2017年 4 月 26 日

同意书

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会询问而且所有问题均已得到解答。

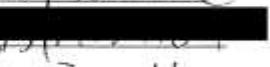
我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

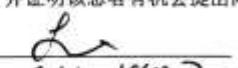
我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不牵涉到任何回报。
复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

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 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: 15961104832
日期: 2018 年 3 月 11 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

所有和本项目所用伦理均已被理解的。

我理解参加本项临床技术是自愿的。

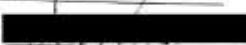
我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到任何报复。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。

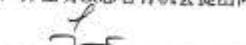
我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

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: 15961104972

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。

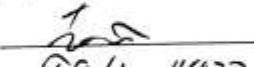
我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不会遭到歧视或报复。我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

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 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: 13961104932
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。

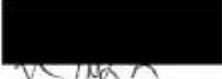
我理解参加本项临床技术是自愿的。

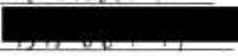
我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知受益人后退出而不必遭到处罚或报复，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。

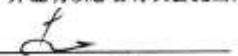
我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

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: 17961104952

日期: 2018 年 4 月 14 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我在机会提供而目前有时间均已得到解答。

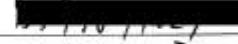
我理解参加本项临床技术是自愿的。

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医务人员后退出而不受到歧视或报复，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 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: 1596104852
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。

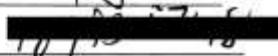
我理解参加本项临床技术是自愿的。

我愿意承担该技术应用的相关风险。

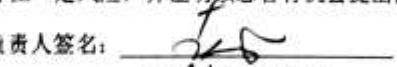
我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不至遭到歧视报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

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: 13911060111
日期: 2016 年 12 月 5 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会询问而且所有问题均得到解答。

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令常州药科大学
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: [REDACTED]

联系 电话: [REDACTED]

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: [REDACTED]

联系 电话: 1596110432

日期: 2018 年 2 月 9 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

所有和本项目相关的问题均已被解答。

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医务人员退出而不必说明理由。如果我退出，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: [REDACTED]

联系 电话: [REDACTED]

日期: 2017 年 10 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: [REDACTED]

联系 电话: 7596114432

日期: 2017 年 10 月 22 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会询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医务人员退出而不令遭到任何惩罚。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: [REDACTED]

联系 电话: [REDACTED]

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: [REDACTED]

联系 电话: 18961104452

日期: 2018 年 6 月 12 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

所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研究者后退出而不牵涉到经济或报复，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: 1391104432
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，或者在任何时候通知负责人后退出而不需遭到妨碍或报复，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 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: 15961104452
日期: 2017 年 9 月 6 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

现在有机会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医务人员后退出而不必遭到歧视或报复。

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 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。

现在想个问题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。

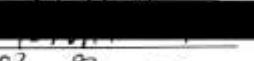
我愿意承担该技术应用的相关风险。

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受到任何惩罚。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 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: 15961104432

日期: 2018年 8 月 30 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

所有相关疑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必承担任何赔偿，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: [REDACTED]

联系 电话: [REDACTED]

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: [REDACTED]

联系 电话: 15961104430

日期: 2018 年 1 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。

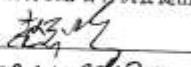
我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人事后退出而不至遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

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 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: 
联系 电话: 15961104932
日期: 2018 年 5 月 2 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会通过面谈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牵涉到任何赔偿。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。

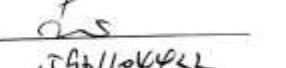
我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

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: 15961104452

日期: 2017 年 1 月 12 日

同 意 申 明

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会询问不明白的问题并得到解答。

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，或者在任何时间通知医务人员退出而不必遭到任何报复，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 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。

所有相关风险和可能的副作用均已得到解答。

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牵涉任何经济补偿或报

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 2 月 12 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

我在和本项目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。

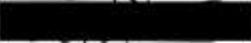
我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知研究者后退出而不必承担任何责任或后果。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: 13961104432

日期: 2018 年 2 月 25 日

同意书

我已经阅读了本知情同意书。

我有权利随时了解研究的详细情况。

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令遭到任何惩罚。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 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。

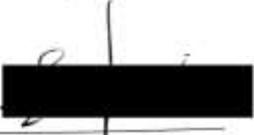
我理解参加本项临床技术是自愿的。

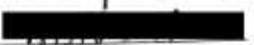
我愿意承担该技术应用的相关风险。

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必遭到歧视或报复，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: 13911124432

日期: 2017 年 3 月 12 日

同意申明

我已经阅读了本知情同意书。

现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。

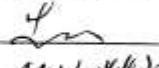
我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不必遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

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: 1576114432
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医师后退出而不需说明理由或报复，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 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: 15961104432

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 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: 13961104432

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项临床技术，或者在任何时候通知研究者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 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：1396104432
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。

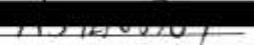
我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知负责人后退出而不受限制歧视或报复，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。

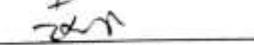
我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

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: 1596164432

日期: 2017 年 4 月 21 日

同意书

我已经阅读了本知情同意书。

我在完全理解而且所有问题均已被解答后

我理解参加本项临床技术是自愿的。

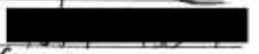
我愿意承担该技术应用的相关风险。

我可以选择不参加该临床技术，或者在任何时候通知研究人后退出而不受限制或惩罚，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。

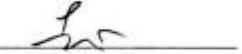
我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

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: 17961104432.

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，或者在任何时候通知研究者后退出而不必遭到惩罚或报复，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 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: 15961104452
日期: 2017 年 8 月 25 日