

核心肌群功能训练结合眼针治疗对脑卒中患者步行能力的影响研究

知情同意书---签字页

受试者声明

1. 我已阅读了上述有关本研究的介绍, 而且有机会就此研究与医生讨论并提出问题。医生已将相关的医学术语做了明确的解释, 我所询问的所有问题均得到了通俗易懂的解答。我理解我可以拒绝加入研究或在任何时候和情况下中止和退出研究, 医疗待遇和权利不受影响。

2. 我知道参加本研究的受益和风险。我知道参加研究是自愿的, 我确认已有充足的时间对此进行考虑, 而且明白:

(1) 我可以随时向医生咨询更多的信息;

(2) 我可以随时退出本研究, 而不会受到歧视和报复, 医疗待遇与权益不会受到影响;

(3) 我同样清楚, 如果我中途退出研究, 特别是由于药物的原因使我退出研究时, 我将病情变化告诉医生, 完成相应的体检和理化检查, 这将对我本人和整个研究十分有利。

(4) 如果因病情变化需要采取任何其他药物治疗, 我会事先征求医生的意见, 或在事后如实告诉医生;

(5) 我同意在需要的时候由国家食品药品监督管理部门、伦理委员会、研究者、申办者代表查阅我的研究资料。

我决定同意参加本项研究, 并保证尽量遵从医嘱, 我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。

受试者本人签名:

受试者法定代理人签名:

法定代理人受试者本人的关系:

联系电话:

日期:

研究者声明

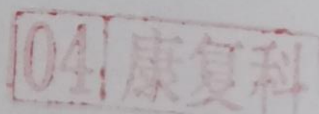
我确认已向受试者本人(和/或法定代理人)解释了本试验的详细情况, 包括其权利以及可能的风险和受益, 并就受试者本人提出的任何问题给予了充分的解答, 受试者本人已得到满意的答复并表示理解。

研究者签名:

联系电话(手机):

日期:

沈阳市第二中医医院伦理委员会联系电话: 024-31130077。



核心肌群功能训练结合眼针治疗对脑卒中患者步行能力的影响研究

知情同意书---签字页

受试者声明

1. 我已阅读了上述有关本研究的介绍, 而且有机会就此研究与医生讨论并提出问题。医生已将相关的医学术语做了明确的解释, 我所询问的所有问题均得到了通俗易懂的解答。我理解我可以拒绝加入研究或在任何时候和情况下中止和退出研究, 医疗待遇和权利不受影响。

2. 我知道参加本研究的受益和风险。我知道参加研究是自愿的, 我确认已有充足的时间对此进行考虑, 而且明白:

(1) 我可以随时向医生咨询更多的信息;

(2) 我可以随时退出本研究, 而不会受到歧视和报复, 医疗待遇与权益不会受到影响;

(3) 我同样清楚, 如果我中途退出研究, 特别是由于药物的原因使我退出研究时, 我若将病情变化告诉医生, 完成相应的体检和理化检查, 这将对我本人和整个研究十分有利。

(4) 如果因病情变化需要采取任何其他药物治疗, 我会事先征求医生的意见, 或在事后如实告诉医生;

(5) 我同意在需要的时候由国家食品药品监督管理部门、伦理委员会、研究者、申办者代表查阅我的研究资料。

我决定同意参加本项研究, 并保证尽量遵从医嘱, 我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。

受试者本人签名:

受试者法定代理人签名:

法定代理人受试者本人的关系:

联系电话:

日期:

2017.12.15

研究者声明

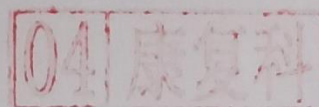
我确认已向受试者本人(和/或法定代理人)解释了本试验的详细情况, 包括其权利以及可能的风险和受益, 并就受试者本人提出的任何问题给予了充分的解答, 受试者本人已得到满意的答复并表示理解。

研究者签名:

联系电话(手机):

日期:

沈阳市第二中医医院伦理委员会联系电话: 024-31130077。



核心肌群功能训练结合眼针治疗对脑卒中患者步行能力的影响研究

知情同意书---签字页

受试者声明

1. 我已阅读了上述有关本研究的介绍, 而且有机会就此研究与医生讨论并提出问题。医生已将相关的医学术语做了明确的解释, 我所询问的所有问题均得到了通俗易懂的解答。我理解我可以拒绝加入研究或在任何时候和情况下中止和退出研究, 医疗待遇和权利不受影响。

2. 我知道参加本研究的受益和风险。我知道参加研究是自愿的, 我确认已有充足的时间对此进行考虑, 而且明白:

(1) 我可以随时向医生咨询更多的信息;

(2) 我可以随时退出本研究, 而不会受到歧视和报复, 医疗待遇与权益不会受到影响;

(3) 我同样清楚, 如果我中途退出研究, 特别是由于药物的原因使我退出研究时, 我若将病情变化告诉医生, 完成相应的体检和理化检查, 这将对我本人和整个研究十分有利。

(4) 如果因病情变化需要采取任何其他的治疗, 我会事先征求医生的意见, 或在事后如实告诉医生;

(5) 我同意在需要的时候由国家食品药品监督管理部门、伦理委员会、研究者、申办者代表查阅我的研究资料。

我决定同意参加本项研究, 并保证尽量遵从医嘱, 我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。

受试者本人签名:

受试者法定代理人签名:

法定代理人受试者本人的关系:

联系电话:

日期:

研究者声明

我确认已向受试者本人(和/或法定代理人)解释了本试验的详细情况, 包括其权利以及可能的风险和受益, 并就受试者本人提出的任何问题给予了充分的解答, 受试者本人已得到满意的答复并表示理解。

研究者签名:

联系电话(手机):

日期:

沈阳市第二中医医院伦理委员会联系电话: 024-31130077。

