

(二) 知情同意书签署页

受试者声明:

我已经仔细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。我理解参加本项试验是自愿的, 我可以选择不参加本项试验, 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。

如果我需要其他诊断/治疗, 或者我没有遵守试验计划, 或者有其他合理原因, 研究者可以终止我继续参与本项临床试验。

我自愿同意参加该项临床试验。

受试者签名: [REDACTED] 日期: 2020 年 1 月 28 日

现住址: [REDACTED] 身份证号: [REDACTED]

手机: [REDACTED] 固定电话: [REDACTED]

受试者因无行为能力等原因不能签署知情同意的, 或受试者为未成年人的, 由其监护人签署。

监护人签名: [REDACTED] 日期: [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日

同受试者关系: [REDACTED]

受试者不能签署知情同意书的理由: [REDACTED]

见证人签名: [REDACTED] 日期: 2020 年 1 月 28 日

需见证人签署的原因: [REDACTED]

研究者声明:

我已准确地将知情同意书内容告知受试者并对受试者的提问进行了解答, 受试者自愿参加本项临床试验。

研究者签名: [REDACTED] 日期: 2020 年 1 月 28 日

联系电话: [REDACTED]