

知情同意书

知情同意书·知情告知页

亲爱的患儿家长：

医生已经确诊您的孩子为共同性内斜视。我们将邀请您参加一项手术治疗斜视作用的研究,本方案已经得到首都医科大学附属北京儿童医院伦理委员会审核,同意进行临床研究。

在您决定是否参加这项研究之前,请尽可能仔细阅读以下内容。它可以帮助您了解该项研究以及为何要进行这项研究,研究的程序和期限,参加研究后可能给您带来的益处、风险和不适。如果您愿意,您也可以和您的亲属、朋友一起讨论,或者请医生给予解释,帮助您做出决定。

如果参加研究将需要做什么?

1. 在您入选研究前,医生将询问、记录您的病史,并进行眼部的相关检查,您的孩子需要做睫状肌麻痹验光、斜视角、立体视等的检查。

您的孩子是合格的纳入者,您可自愿参加研究,签署知情同意书。

如您不愿参加研究,我们将按您的意愿施治。

2. 若您自愿参加研究,将按以下步骤进行:

医生将对孩子的斜视度进行测量,并检查孩子的屈光状态,根据孩子的屈光度数给与负镜及联合棱镜矫正

3. 需要您配合的其他事项

您必须按医生和您约定的随访时间带着孩子和相关的病历资料来医院就诊(随访阶段,医生可能通过电话、登门的方式了解您的情况)。您的随访非常重要,因为医生将判断您接受的治疗是否真正起作用,并及时指导您。

您必须按医生指导用药,并请您及时、客观地填写孩子的用眼情况已经斜视暴露的时间、不良反映、不适和不方便。您在每次随访时都必须如实反映孩子上述症状。

在研究期间您不能使用治疗斜视的其它手段。如您需要进行其它治疗,请事先与您的医生取得联系。

参加研究可能的不良反应、风险和不适、不方便

在治疗期间您的孩子有可能出现以下不适: 1. 近距离阅读时出现疲劳; 2. 不愿意

佩戴眼镜；3.近距离工作时头痛；4.避免近距离工作或阅读；5.抱怨看近模糊或不适。

如果在研究期间您出现任何不适，或病情发生新的变化，或任何意外情况，不管是否与研究有关，均应及时通知您的医生，他/她将对此作出判断并给与适当的医疗处理。

您在研究期间需要按时到医院随访，做一些检查，这些占用您的一些时间，也可能给您造成麻烦或带来不方便。

个人信息是保密的吗？

您的医疗记录（研究病历、化验单等）将完整地保存在您所就诊的医院。医生会将化验检查结果记录在您的病历上。研究者、伦理委员会和药品监督管理部门将被允许查阅您的医疗记录。任何有关本项研究结果的公开报告将不会披露您的个人身份。我们将在法律允许的范围内，尽一切努力保护您个人医疗资料的隐私。

怎样获得更多的信息？

您可以在任何时间提出有关本项研究的任何问题，并得到相应的解答。

如果在研究过程中有任何重要的新信息，可能影响您继续参加研究的意愿时，您的医生将会及时通知您。

可以自愿选择参加研究和中途退出研究

是否参加研究完全取决于您的意愿。您可以拒绝参加此项研究，或在研究过程中的任何时间退出本研究，这都不会影响您和医生间的关系，都不会影响对您的医疗或有其他方面利益的损失。

出于对您的最大利益考虑，医生或研究者可能会在研究过程中随时中止您继续参加本项研究。

如果您因为任何原因从研究中退出，您可能被询问有关您使用试验药物的情况。如果医生认为需要，您也可能被要求进行实验室检查和体格检查。

现在该做什么？

是否参加本项研究由您自己（和您的家人）决定。

在您做出参加研究的决定前，请尽可能向你的医生询问有关问题。

感谢您阅读以上材料。如果您决定参加本项研究，请告诉您的医生，他/她会为您安排一切有关研究的事务。请您保留这份资料。

知情同意书.同意签字页

临床研究项目名称: 共同白内障手术术后评估

课题承担单位: 首都医科大学附属北京同仁医院

伦理审查批件号 2019-K-225

同意声明

我已经阅读了上述有关本研究的介绍,而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的,我确认已有充足时间对此进行考虑,而且明白:

我可以随时向医生咨询更多的信息。

我可以随时退出本研究,而不会受到歧视或报复,医疗待遇与权益不会受到影响。

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,我若将我的病情变化告诉医生,完成相应的体格检查和理化检查,这将对整个研究十分有利。

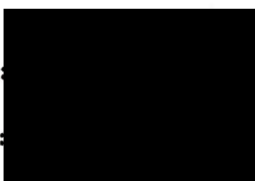
如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗,我会在事先征求医生的意见,或在事后如实告诉医生。

我同意药品监督管理部门伦理委员会或申办者代表查阅我的研究资料。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。

最后,我决定同意参加本项研究,并保证尽量遵从医嘱。

患者签名:



— 2019 年 — 12 月 — 9 日

联系电话:

我确认已向患者解释了本试验的详细情况,包括其权力以及可能的受益和风险,并给其一份签署过的知情同意书副本。

医生签名:

— 2019 年 — 12 月 — 9 日

医生的工作电话:

15044917994