

# 成都市第二人民医院医学研究知情同意书

## 一、知情同意书告知页

项目名称	肝紫癜伴复发的影像表现
研究内容	本研究主要对病理诊断为肝紫癜的病例进行影像学（CT 和磁共振）分析，通过探讨其影像学特征，以期对该疾病做出准确的诊断，为其治疗提供必要的建议。
保密措施	本研究严格保密受试者的试验记录，将被妥善保管，作保密处理；且受试者资料在有关部门（如伦理委员会、食品药品监督管理局）的监督下进行，可随时接受其监察，同时遵守保密要求，不对外披露患者信息。
自愿原则	本研究遵循完全自愿原则，您可以拒绝参加研究或在研究过程中任何时间选择退出试验，不需要任何理由；同时您的退出决定不会影响您未来的治疗。
受试者应了解的其它事项	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 在发现受试产品预期以外的临床影响，实验人有必要对知情同意书相关内容进行修改，并经受试者或其法定代理人重新签名确认。</li><li>2. 因本项目造成受试者损害，研究者或申办者应当给予受试者相应的补偿或赔偿，例如交通、误工、保险及发生风险时的赔偿费用（所支付的费用额度不应成为促使受试者做出参加试验决定的诱因）。</li><li>3. 该试验方案经医院伦理委员会批准实施，试验过程中有任何违反研究方案的情况，受试者可以直接向医院伦理委员会咨询。（联系电话 67830765）</li></ol>

## 二、知情同意书同意签字页

### 同 意 申 明

本人已仔细阅读“肝紫癜伴复发的影像表现”研究的相关介绍，已了解这项研究的有关问题。我在充分了解受试者须知的全部内容以及参加受试带来的利弊后，志愿参加本试验。我已充分理解：

（一）作为受试者，我将遵守受试者须知要求，自愿参加本试验，并与研究人员充分合作，如实、客观地向研究人员提供参加本研究前的健康状况及相关情况。

（二）本临床研究的结果只用于科研目的我参加试验及试验中的个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

（三）我参加本临床研究完全是自愿的，我可以拒绝参加或在任何时间退出试验，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

联系电话：[REDACTED]  
受试者签名：[REDACTED]  
日期：20[REDACTED] 日

联系电话：[REDACTED]  
研究者签名：[REDACTED]  
日期：20[REDACTED] 日