

受试者签字页

知情同意声明：

我已被告知此项研究的目的、背景、过程、风险及获益等情况。我有足够的时间和机会进行提问，问题的答复我很满意。

我也被告知，当我有问题、想反映困难、顾虑、对研究的建议，或想进一步获得信息，或为研究提供帮助时，应当与谁联系。

我已经阅读这份知情同意书，并且同意参加本研究。我知道我可以选择不参加此项研究，或在研究期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

我已知道如果我的状况更差了，或者我出现严重的不良事件，或者我的研究医生觉得继续参加研究不符合我的最佳利益，他/她会决定让我退出研究。无需征得我的同意，资助方或者监管机构也可能在研究期间终止研究。如果发生该情况，医生将及时通知我，研究医生也会与我讨论我的其他选择。

我将得到这份知情同意书的副本，上面包含我和研究者的签名。

受试者签名：[REDACTED]

日期：2020 2月19日

（注：如果受试者无行为能力/限制行为能力时，则需法定代理人签名和签署日期）

受试者联系方式：[REDACTED]

法定代理人签字：[REDACTED]

日期：2020 19

（注：如果受试者不能阅读该知情同意书时，则需一名独立见证人证明研究者已将知情同意书的所有内容告知了受试者，独立见证人需签名和签署日期）

法定代理人联系方式：

独立见证人签字：_____ 日期：

独立见证人联系方式：

研究者签名：

唐明

日期：2020-2-19

研究者联系方式：[REDACTED]



受试者签字页

知情同意声明：

我已被告知此项研究的目的、背景、过程、风险及获益等情况。我有足够的时间和机会进行提问，问题的答复我很满意。

我也被告知，当我有问题、想反映困难、顾虑、对研究的建议，或想进一步获得信息，或为研究提供帮助是，应当与谁联系。

我已经阅读这份知情同意书，病情同意参加本研究。我知道我可以选择不参加此项研究，或在研究期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

我已知道如果我的状态更差了，或者我出现严重的不良事件，或者我的研究医生觉得继续参加研究不符合我的最佳利益，他/她会决定让我退出研究。无需征得我的同意，资助方或者监管机构也可能在研究期间终止研究。如果发生该情况，医生将及时通知我，研究医生也会与我讨论我的其他选择。

我将得到这份知情同意书的副本，上面包含我和研究者的签名。

受试者签名：

日期：2020-1-23

（注：如果受试者无行为能力/限制行为能力是，则需法定代理人签名和签署日期）

受试者联系方式：

法定代理人签字：

日期：

（注：如果受试者不能阅读该知情同意书，则需一名独立见证人证明研究者已将知情同意书的所以内容告知了受试者，独立见证人需要签名和签署日期）

法定代理人联系方式：

独立见证人签名：

日期：

独立见证人联系方式：

研究者签名：

日期：

研究者联系方式：



受试者签字页

知情同意声明：

我已被告知此项研究的目的、背景、过程、风险及获益等情况。我有足够的时间和机会进行提问，问题的答复我很满意。

我也被告知，当我有问题、想反映困难、顾虑、对研究的建议，或想进一步获得信息，或为研究提供帮助是，应当与谁联系。

我已经阅读这份知情同意书，病情同意参加本研究。我知道我可以选择不参加此项研究，或在研究期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

我已知道如果我的状态更差了，或者我出现严重的不良事件，或者我的研究医生觉得继续参加研究不符合我的最佳利益，他/她会决定让我退出研究。无需征得我的同意，资助方或者监管机构也可能在研究期间终止研究。如果发生该情况，医生将及时通知我，研究医生也会与我讨论我的其他选择。

我将得到这份知情同意书的副本，上面包含我和研究者的签名。

受试者签名：

日期：2020-1-30

（注：如果受试者不能阅读该知情同意书，则需法定代理人签名和签署日期）

受试者联系方式：

法定代理人签字：

日期：

（注：如果受试者不能阅读该知情同意书，则需一名独立见证人证明研究者已将知情同意书的所以内容告知了受试者，独立见证人需要签名和签署日期）

法定代理人联系方式：

独立见证人签名：_____

日期：

独立见证人联系方式：

研究者签名：

日期：

研究者联系方式：





深圳市第三人民医院

超声诊断报告单

姓名 [REDACTED]
性别 男
年龄 56 岁

申请科室 感染三科
申请医生 孟惜
检查号 [REDACTED]

住院号 [REDACTED]
床号 36

检查项目 [心脏彩超, 心脏]

知情同意书·同意签字页

项目名称: 深圳市第三人民医院慢病随访管理

同意声明

我已经详细阅读了上述有关本随访管理的介绍, 而且就此项随访管理与医生进行充分地讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本随访管理可能产生的风险和权益。我知晓参加随访管理是自愿的, 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。

我可以随时退出本随访管理, 而不会受到歧视或报复, 医疗待遇与权益不会受到影响。

我同意医疗管理部门、伦理委员会或医疗专家委员会代表查阅我的资料。

我同意深圳市第三人民医院慢病随访科对我诊疗留下的标本进行妥善保管和合理应用。

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, 我决定同意参加本随访管理, 并保证尽量遵从医嘱。

223845
随访患者姓名 (正楷书写):

患者签名: [REDACTED]

是否同意额外:

☒ 同意

☐ 不同意

联系电话: [REDACTED]

地址:



签字日期: 2022 年 2 月 29 日

我确认已向受试者解释了本随访的详细情况, 包括其权利以及可能的受益和风险, 并给其一份经过签名的知情同意书副本。

医生签名:

签字日期: ____ 年 ____ 月 ____ 日

医生电话:

受试者签字页

知情同意声明：

我已被告知此项研究的目的、背景、过程、风险及获益等情况。我有足够的时间和机会进行提问，问题的答复我很满意。

我也被告知，当我有问题、想反映困难、顾虑、对研究的建议，或想进一步获得信息，或为研究提供帮助是，应当与谁联系。

我已经阅读这份知情同意书，病情同意参加本研究。我知道我可以选择不参加此项研究，或在研究期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

我已知道如果我的状态更差了，或者我出现严重的不良事件，或者我的研究医生觉得继续参加研究不符合我的最佳利益，他/她会决定让我退出研究。无需征得我的同意，资助方或者监管机构也可能在研究期间终止研究。如果发生该情况，医生将及时通知我，研究医生也会与我讨论我的其他选择。

我将得到这份知情同意书的副本，上面包含我和研究者的签名。

受试者签名：

日期：2020-2-7

（注：如果受试者无行为能力/限制行为能力是，则需法定代理人签名和签署日期）

受试者联系方式：

法定代理人签字：

日期：

（注：如果受试者不能阅读该知情同意书，则需一名独立见证人证明研究者已将知情同意书的所以内容告知了受试者，独立见证人需要签名和签署日期）

法定代理人联系方式：

独立见证人签名：_____

日期：

独立见证人联系方式：

研究者签名：

日期：

研究者联系方式：



受试者签字页

知情同意声明:

我已被告知此项研究的目的、背景、过程、风险及获益等情况。我有足够的时间和机会进行提问,问题的答复我很满意。

我也被告知,当我有问题、想反映困难、顾虑、对研究的建议,或想进一步获得信息,或为研究提供帮助时,应当与谁联系。

我已经阅读这份知情同意书,并且同意参加本研究。我知道我可以选择不参加此项研究,或在研究期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

我已知道如果我的状况更差了,或者我出现严重的不良事件,或者我的研究医生觉得继续参加研究不符合我的最佳利益,他/她会决定让我退出研究。无需征得我的同意,资助方或者监管机构也可能在研究期间终止研究。如果发生该情况,医生将及时通知我,研究医生也会与我讨论我的其他选择。

我将得到这份知情同意书的副本,上面包含我和研究者的签名。

受试者签名:

日期:

2.22

(注:如果受试者不能阅读该知情同意书时,则需法定代理人签名和签署日期)

受试者联系方式:

法定代理人签字:

日期:

(注:如果受试者不能阅读该知情同意书时,则需一名独立见证人证明研究者已将知情同意书的所有内容告知了受试者,独立见证人需签名和签署日期)

法定代理人联系方式:

独立见证人签字:

日期:

独立见证人联系方式:

研究者签名:

日期:

2020.2.22

研究者联系方式:



受试者签字页

知情同意声明：

我已被告知此项研究的目的、背景、过程、风险及获益等情况。我有足够的时间和机会进行提问，问题的答复我很满意。

我也被告知，当我有问题、想反映困难、顾虑、对研究的建议，或想进一步获得信息，或为研究提供帮助是，应当与谁联系。

我已经阅读这份知情同意书，病情同意参加本研究。我知道我可以选择不参加此项研究，或在研究期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

我已知道如果我的状态更差了，或者我出现严重的不良事件，或者我的研究医生觉得继续参加研究不符合我的最佳利益，他/她会决定让我退出研究。无需征得我的同意，资助方或者监管机构也可能在研究期间终止研究。如果发生该情况，医生将及时通知我，研究医生也会与我讨论我的其他选择。

我将得到这份知情同意书的副本，上面包含我和研究者的签名。

受试者签名：

日期：2020-2-17

（注：如果受试者无民事行为能力是，则需法定代理人签名和签署日期）

受试者联系方式：

法定代理人签字：

日期：

（注：如果受试者不能阅读该知情同意书，则需一名独立见证人证明研究者已将知情同意书的内容告知了受试者，独立见证人需要签名和签署日期）

法定代理人联系方式：

独立见证人签名：_____ 日期：

独立见证人联系方式：

研究者签名：

日期：2020-2-17

研究者联系方式：



受试者签字页

知情同意声明：

我已被告知此项研究的目的、背景、过程、风险及获益等情况。我有足够的时间和机会进行提问，问题的答复我很满意。

我也被告知，当我有问题、想反映困难、顾虑、对研究的建议，或想进一步获得信息，或为研究提供帮助是，应当与谁联系。

我已经阅读这份知情同意书，病情同意参加本研究。我知道我可以选择不参加此项研究，或在研究期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

我已知道如果我的状态更差了，或者我出现严重的不良事件，或者我的研究医生觉得继续参加研究不符合我的最佳利益，他/她会决定让我退出研究。无需征得我的同意，资助方或者监管机构也可能在研究期间终止研究。如果发生该情况，医生将及时通知我，研究医生也会与我讨论我的其他选择。

我将得到这份知情同意书的副本，上面包含我和研究者的签名。

受试者签名：

日期：

（注：如果受试者无行为能力/限制行为能力是，则需法定代理人签名和签署日期）

受试者联系方式：

法定代理人签字：

日期：2020-2-9

（注：如果受试者不能阅读该知情同意书，则需一名独立见证人证明研究者已将知情同意书的所以内容告知了受试者，独立见证人需要签名和签署日期）

法定代理人联系方式：

独立见证人签名：

日期：

独立见证人联系方式：

研究者签名：

日期：

研究者联系方式：



受试者签字页

知情同意声明：

我已被告知此项研究的目的、背景、过程、风险及获益等情况。我有足够的时间和机会进行提问，问题的答复我很满意。

我也被告知，当我有问题、想反映困难、顾虑、对研究的建议，或想进一步获得信息，或为研究提供帮助是，应当与谁联系。

我已经阅读这份知情同意书，病情同意参加本研究。我知道我可以选择不参加此项研究，或在研究期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

我已知如果我的状态更差了，或者我出现严重的不良事件，或者我的研究医生觉得继续参加研究不符合我的最佳利益，他/她会决定让我退出研究。无需征得我的同意，资助方或者监管机构也可能在研究期间终止研究。如果发生该情况，医生将及时通知我，研究医生也会与我讨论我的其他选择。

我将得到这份知情同意书的副本，上面包含我和研究者的签名。

受试者签名：



日期：2020-2-6

（注：如果受试者无行为能力/限制行为能力是，则需法定代理人签名和签署日期）

受试者联系方式：

法定代理人签字：

日期：

（注：如果受试者不能阅读该知情同意书，则需一名独立见证人证明研究者已将知情同意书的所以内容告知了受试者，独立见证人需要签名和签署日期）

法定代理人联系方式：

独立见证人签名：

日期：

独立见证人联系方式：

研究者签名：

李明

日期：

研究者联系方式：



受试者签字页

知情同意声明：

我已被告知此项研究的目的、背景、过程、风险及获益等情况。我有足够的时间和机会进行提问，问题的答复我很满意。

我也被告知，当我有问题、想反映困难、顾虑、对研究的建议，或想进一步获得信息，或为研究提供帮助是，应当与谁联系。

我已经阅读这份知情同意书，病情同意参加本研究。我知道我可以选择不参加此项研究，或在研究期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

我已知如果我的状态更差了，或者我出现严重的不良事件，或者我的研究医生觉得继续参加研究不符合我的最佳利益，他/她会决定让我退出研究。无需征得我的同意，资助方或者监管机构也可能在研究期间终止研究。如果发生该情况，医生将及时通知我，研究医生也会与我讨论我的其他选择。

我将得到这份知情同意书的副本，上面包含我和研究者的签名。

受试者签名

日期：2020-2-3

(注：如果受试者不能阅读该知情同意书，则需法定代理人签名和签署日期)

受试者联系方式：

法定代理人签字：

日期：

(注：如果受试者不能阅读该知情同意书，则需一名独立见证人证明研究者已将知情同意书的内容告知了受试者，独立见证人需要签名和签署日期)

法定代理人联系方式：

独立见证人签名：_____

日期：

独立见证人联系方式：

研究者签名：

研究者联系方式：



受试者签字页

知情同意声明：

我已被告知此项研究的目的、背景、过程、风险及获益等情况。我有足够的时间和机会进行提问，问题的答复我很满意。

我也被告知，当我有问题、想反映困难、顾虑、对研究的建议，或想进一步获得信息，或为研究提供帮助是，应当与谁联系。

我已经阅读这份知情同意书，病情同意参加本研究。我知道我可以选择不参加此项研究，或在研究期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

我已知道如果我的状态更差了，或者我出现严重的不良事件，或者我的研究医生觉得继续参加研究不符合我的最佳利益，他/她会决定让我退出研究。无需征得我的同意，资助方或者监管机构也可能在研究期间终止研究。如果发生该情况，医生将及时通知我，研究医生也会与我讨论我的其他选择。

我将得到这份知情同意书的副本，上面包含我和研究者的签名。

受试者签名：

日期：2020-4-25

（注：如果受试者无行为能力/限制行为能力是，则需法定代理人签名和签署日期）

受试者联系方式：

法定代理人签字：

日期：

（注：如果受试者不能阅读该知情同意书，则需一名独立见证人证明研究者已将知情同意书的所以内容告知了受试者，独立见证人需要签名和签署日期）

法定代理人联系方式：

独立见证人签名：_____ 日期：

独立见证人联系方式：

研究者签名：

日期：

研究者联系方式：



受试者签字页

知情同意声明:

我已被告知此项研究的目的、背景、过程、风险及获益等情况。我有足够的时间和机会进行提问,问题的答复我很满意。

我也被告知,当我有问题、想反映困难、顾虑、对研究的建议,或想进一步获得信息,或为研究提供帮助时,应当与谁联系。

我已经阅读这份知情同意书,并且同意参加本研究。我知道我可以选择不参加此项研究,或在研究期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

我已知道如果我的状况更差了,或者我出现严重的不良事件,或者我的研究医生觉得继续参加研究不符合我的最佳利益,他/她会决定让我退出研究。无需征得我的同意,资助方或者监管机构也可能在研究期间终止研究。如果发生该情况,医生将及时通知我,研究医生也会与我讨论我的其他选择。

我将得到这份知情同意书的副本,上面包含我和研究者的签名。

受试者签名:

日期: 2020年02月19日

(注:如果受试者无民事行为能力或限制民事行为能力时,则需法定代理人签名和签署日期)

受试者联系方式:

法定代理人签字:

日期:

(注:如果受试者不能阅读该知情同意书时,则需一名独立见证人证明研究者已将知情同意书的所有内容告知了受试者,独立见证人需签名和签署日期)

法定代理人联系方式:

独立见证人签字: _____ 日期:

独立见证人联系方式:

研究者签名:

李明

日期:

2020年02月19日

研究者联系方式:

[Redacted]



9. 参加该项研究的费用和补偿

参加本项目法匹拉韦片（实验组）由本研究项目免费提供。

参加本研究会为受试者提供免费的保险。

研究中涉及的检查和常规治疗及临床救治，是您治疗新冠肺炎中需要完成的常规检查项目，本研究不承担此部分费用，也不提供经济补偿。

参加本项目没有交通费、误工费等相关补偿。

参加本项目没有额外报酬。

10. 发生研究相关伤害的处理？

如果您的健康确因参加这项研究而发生与研究相关的损害，请立即通知研究医生，他们将负责对您采取积极的治疗措施。

即使您已经签署这份知情同意书，您仍然保留您所有的合法权利。

11. 我的信息会保密吗？

如果您决定参加本项研究，您参加研究及在研究中的个人资料均属保密。您的血/尿等临床标本将以研究编号数字而非您的姓名加以标识。可以识别您身份的信息将不会透露给研究成员以外的人员，除非获得您的许可。所有的研究成员都被要求对您的身份保密。您的档案将保存在有锁的档案柜中，仅供研究人员查阅。为确保研究按照规定进行，必要时，政府管理部门或伦理委员会的成员按规定可以在研究单位查阅您的个人资料。本项研究结果发表时，将不会披露您个人的任何资料。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。

当您签署了这份知情同意书，代表同意您的个人和医疗信息被用于上述所描述的场合。

12. 如果有问题或困难，该与谁联系？

如果您有与本项研究相关的任何问题，请联系您的研究医生，联系电话_____。

如果您有与受试者自身权益相关的问题，可与北京大学第一医院临床研究伦理委员会联系，联系电话：010-66119025。

13. 签字

受试者声明

研究者向我说明了（COVID-19 患者核酸“复阳”发生机制、临床转归和治疗干预的研究）研究背景、目的、步骤、风险及获益事项，我有足够的时间和机会提出问题，研究者做出的解答我很满意。我知道当我有问题或想进一步获得信息应当与谁联系。我阅读了这份知情同意书，决定参加本项研究。我知道我可以在研究期间的任何时候无需任何理由都可以退出本项研究。我被告知我将得到这份知情同意书的副本，上面包含我和研究者的签名。

受试者签名：_____

或 法定代表人：

与受试者关系：

日期：

日期：