

受试者同意声明

我自愿参加“高血糖导致的脑桥中央髓鞘溶解症：病例报道”项目的研究。我已经阅读了有关本研究的介绍，并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。如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗，我会在事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我同意伦理委员会或课题组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受试者同意声明。

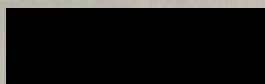
我同意参加本项研究，并尽量遵从医嘱。

受试者签名：

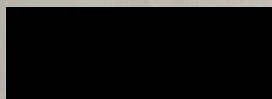


日期：2021年2月15日

受试者住院号/门诊病历号：



受试者联系电话：



或受试者法定代理人签名：

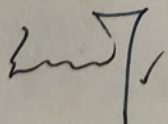
与受试者的关系：

受试者法定代理人联系电话：

日期： 年 月 日

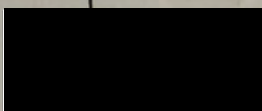
我确认已向受试者解释了本试验的详细情况，包括其权利及可能的受益和风险，并给其一份签署过的受试者同意声明。

研究者签名：



日期：2021年2月15日

研究者工作电话：



手机号码：

