

知情同意书

尊敬的女士:

您好!

欢迎您来广医三院妇产科研究所就诊。您在广医三院就诊期间,医护人员会对您进行必要的临床检查以及规范治疗。在诊断和治疗过程中,可能需要采集您的外周血、尿液、粪便、唾液、生殖道分泌物、羊水、胎盘、脐带、蜕膜、手术切除组织或者流产胎儿组织(一项或多项)等标本。通常情况下,上述标本在满足诊断和治疗后立即废弃处理,但是我们需要留存少许标本进行相关疾病的发病机制和早期诊断指标及干预措施的研究,同时可能需要额外采集相关个体(丈夫、先证者、新生儿等)的外周血标本(仅在涉及遗传性疾病或原因不明的胎儿/新生儿疾病时)。所有标本将在**不影响临床诊疗和个体健康**的情况下进行留取,旨在**探索孕产妇和胎儿疾病新的诊断和治疗方法,为广大孕产妇和新生儿的健康服务**。

所留取的标本及您的相关资料信息将保存于广州医科大学附属第三医院生物样本库,由专业人员进行科学规范的管理,并**严格按照国家相关法律和法规合理进行使用**。此外在标本收集、保管和使用过程中,标本采用生物样本库统一编号,将对您的个人信息严格保密。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。您既不会从本研究中获得某种形式的经济利益,也不会让您承担各种实验费用(包括样本采集费、保存费及后续检测费用等)。您**留取标本完全是出于自愿**,并且可以随时终止配合此项工作而无须提出任何理由,您的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。我们衷心希望您能够支持我们的研究工作,非常感谢您对我国的医学事业所作出的宝贵贡献!

知情同意: 本人对上述情况已充分了解,自愿参加并同意提供相关生物样本。

孕/产妇住院号(请本人填写) _____

孕/产妇签名_____日期_____年____月____日

新生儿监护人签名_____日期_____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签名:

授权亲属签名_____与孕/产妇关系_____日期_____年____月____日

医生/护士签名_____日期_____年____月____日