

知情同意书·同意签字页

单位：山东中医药大学附属医院

同意声明：

我已经了解了治疗的相关介绍，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。

我知道治疗产生的风险和受益。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。
- 我可以随时退出治疗，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，如果我中途退出治疗，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我会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，这将对整个病情十分有利。

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

我同意医师、伦理委员会查阅我的研究资料。

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治疗。

患者签名：

2019 年 05 月 11 日

联系电话：

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

医生签名：

孙小慧

2019 年 05 月 11 日

医生的工作电话：0531-68617094

（注：如果受试者不识字时尚需见证人签名，如果受试者无行为能力时则需代理人签名）