

知情同意书

介绍：

我们真诚要求您参与此次研究，本研究旨在探索不同患者下蹲能力的关节屈曲角度。您是因为经过全膝关节置换术而符合此研究的。

保密：

此研究绝对保密，所有研究信息都会绝对保密。

是否自愿？

参与该研究完全自愿，而不是被迫参加。如果您参加研究也可以随时退出，不需要任何理由。不管您的决定是什么，都不会影响您的正常治疗或您与医护人员关系。

如果您决定参加，我们会请您签一张知情同意书。您会保留一份该同意书的副本和这份介绍。

这项研究由谁来做的？

本研究由中国人民解放军总医院来实施并完成。

如需要更多的信息，我应该和谁联系？

读完该介绍并与您的医生讨论后，如果您还有其他问题或顾虑，请与以下人员联系：研究人员：电话号码：

地址：北京市海淀区复兴路 28 号中国人民解放军总医院外科大楼 15 层骨科四病区

谁批准了该研究的进行？

任何人对本研究有疑问或是投诉，都可以与医学伦理委员会直接联系： _

受试者知情同意书签字页

研究医生已向我详细解释了这项试验的目的、过程，以及可能存在的风险和益处。我已仔细阅读了受试者须知，并有充分的时间提出问题，目前我没有任何疑问。

我参加这项试验是自愿的，我可以在任何时候因任何理由退出试验而不会遭受任何损失。我在试验过程中，将遵循研究医生的指导。如果在试验过程中出现任何不良事件，我都会立即通知临床试验医师或其他研究者。如果由试验本身对我的健康造成任何明显损害（试验方案和须知中提到的内容），我将得到积极治疗和补偿。

我同意由这项临床试验中获得的数据，可以用于在计算机中进行记录、储存和处理。此外，我同意申办者的代表、伦理委员会的成员以及政府管理部门的代表，在遵循保密原则的前提下，查阅我的病例记录。我了解查看这些记录是为了确保从这项试验中收集的资料是真实、准确和可靠的。

综上所述，我同意参加这项临床试验，我已得到了这份已签字的知情同意书的复印件。

受试者姓名

受试者签名

签字日期

实施知情同意研究者姓名

研究者签名

签字日期