

台州恩泽医疗中心(集团) 浙江省台州医院

受试者知情同意书

姓名 病区 床位 住院号码

项目名称: 巨大神经纤维瘤伴血管畸形破裂的诊治

研究机构: 浙江省台州医院

尊敬的 士

您将被邀请参加一项“巨大神经纤维瘤伴血管畸形破裂的诊治”研究。本知情同意书提供给您详细的信息以帮助您决定是否参加此项目。请您仔细阅读，如有任何疑问请向负责该项研究的 researcher 提出，我们将给您全面的说明。

研究目的: 研究巨大神经纤维瘤伴血管畸形破裂的诊治。

参与过程: 在康复医师指导下康复锻炼，定期门诊复查血常规、生化全套及身体其他部位神经纤维瘤进展。

费用: 此项目所需要的有关研究费用由课题组承担，您不需要负担研究过程本身所需要的有关费用，也不会增加您额外的诊治费用。

潜在风险和副作用: 本研究不涉及标本采集，对您身体产生风险微乎其微。

受益: 通过参与该研究，您可以及时了解疾病管理的知识和技能，与主治医师进行沟通交流，帮助您更好地管理疾病所带来的困扰。

隐私: 如果您决定参加本项研究，您参加该研究的个人资料均属保密。您身份的信息将不会透露给研究小组以外的成员，除非获得您的许可。

问题: 如果您在签署该同意书之后，依然有问题、建议或意见，您还可以跟研究者进行沟通。研究期间，您可以随时了解有关的信息资料，如在研究中有任何疑问、担忧或不满，需要咨询有关问题时，也可以随时与研究者的联系。

研究组联系方式: 姜汉韬 17826790201

受试者声明:

我已经仔细阅读并了解了本研究的性质、目的、过程、可能的风险和副作用以及潜在的获益和费用。我的所有问题都已得到满意的回答。我已经仔细阅读了本被试知情同意书。我下面的签名表明我愿意参加本研究，并将积极配合研究者完成研究工作。

受试者签名;

日期: 2021. 05. 20

研究者声明:

我已经解释了研究的目的、研究的程序、潜在的危险和不适以及被试的权益，并尽最大可能回答了与研究有关的问题。

研究者签名;

日期: 2021. 05. 20

姜汉韬