

遗传性痉挛性截瘫家系研究受试者知情同意书-同意签字页

临床研究名称:

英文名 Novel duplication SPG4 gene mutation in a Chinese family with hereditary spastic paraplegia

中文名 中国遗传性痉挛性截瘫家族 SPG4 基因新重复突变

申办者: 山东第一医科大学第一附属医院

同意申明

本, 细阅读“遗传性痉挛性截瘫家系研究受试者知情同意书”, 研究, 临床试验研究者已就此研究的特点和可能存在的不良反应向我们做了详细的解释, 并对相关问题给我们仔细的解答。我在充分了解受试者须知的全部内容及参加受试带来的利弊后, 志愿参加本研究。

我已充分理解:

- 1、作为受试者, 我将遵守受试者须知要求, 自愿参加本试验, 并与研究人员充分合作, 如实、客观地向研究人员提供参加本研究前的健康状况及相关情况。
- 2、本临床试验的结果只用于科研目的, 除国家相关管理部门、华西医院伦理委员会、申办单位、研究者或监查员等, 我参加研究的个人资料均属保密, 将依照法律规定得到保护。
- 4、我自愿参加本研究。申办者将减轻或者免除受试者在受试过程中因受益而承担的经济负担, 并确保受试者因受试受到损伤时得到及时免费治疗并得到相应的赔偿, 申办者将会负责由此引起的相关治疗费用及赔偿。
- 5、我参加本临床试验完全是自愿的, 我可以拒绝参加或在任何时间退出试验, 而不会遭到歧视或报复, 我的医疗待遇与权益亦不会受影响。
- 6、我同意将自己或我的孩子或我的亲戚发表在《中国遗传性痉挛性截瘫家族 SPG4 基因新重复突变》这篇文章中。我理解这些信息将在没有我或我的孩子或我的亲戚姓名的情况下公布, 但不能保证完全匿名。
- 7、我理解, 在文章中发表的文本和任何图片或视频将在互联网上免费获得, 并可能被一般公众看到。这些图片、视频和文字也可以出现在其他网站或印刷品上, 也可以被翻译成其他语言或用于商业目的。
- 8、我得到了阅读手稿的机会, 签署此同意书并不剥夺我的隐私权。

研究者签名: 刘小民

受试者签:

联系电话: 0531-89269012

联系电话:

日期: 2021 年 10 月 10 日

日期: 2021 年 10 月 10 日