

知情同意书签字页

我已了解食管自体粘膜移植促进食管创面恢复,预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问,我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容,经充分的考虑后,确实自愿参加本研究,并愿意与医生配合,认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内,国家食品药品监督管理局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份,我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名:  日期: 2017 年 11 月 3 日

法定代理人(如果适用)

法定代理人签名 _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人与患者的关系:

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时,必须有至少一名公正见证人(独立于临床试验,不受与试验有关人员的不公正影响的个人)。在知情讨论的全过程中,公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用(例如,见证签字)。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息,患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名(如果适用) _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题,并尽我所能给予了回答。

研究者签名:  日期: 2017 年 11 月 3 日

知情同意书签字页

我已了解食管自体粘膜移植促进食管创面恢复,预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问,我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容,经充分的考虑后,确实自愿参加本研究,并愿意与医生配合,认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内,国家食品药品监督管理局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份,我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名:  日期: 2017 年 11 月 22 日

法定代理人(如果适用)

法定代理人签名 _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人与患者的关系:

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时,必须有至少一名公正见证人(独立于临床试验,不受与试验有关人员的不公正影响的个人)。在知情讨论的全过程中,公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用(例如,见证签字)。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息,患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名(如果适用) _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题,并尽我所能给予了回答。

研究者签名:  日期: 2017 年 11 月 22 日

知情同意书签字页

我已了解食管自体粘膜移植促进食管创面恢复，预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问，我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容，经充分的考虑后，确实自愿参加本研究，并愿意与医生配合，认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内，国家食品药品监督管理局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份，我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名：_____ 日期：2017年 11月 / 日

法定代理人（如果适用）

法定代理人签名_____ 日期：_____年_____月_____日

法定代理人与患者的关系：

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时，必须有至少一名公正见证人（独立于临床试验，不受与试验有关人员的不公正影响的个人）。在知情讨论的全过程中，公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用（例如，见证签字）。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息，患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名（如果适用）_____ 日期：_____年_____月_____日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题，并尽我所能给予了回答。

研究者签名：_____ 日期：2017年 11月 / 日

知情同意书签字页

我已了解食管自体粘膜移植促进食管创面恢复,预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问,我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容,经充分的考虑后,确实自愿参加本研究,并愿意与医生配合,认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内,国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份,我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名: 日期: 2017 年 10 月 23 日

法定代理人(如果适用)

法定代理人签名 日期: 年 月 日

法定代理人与患者的关系:

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时,必须有至少一名公正见证人(独立于临床试验,不受与试验有关人员的不公正影响的个人)。在知情讨论的全过程中,公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用(例如,见证签字)。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息,患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名(如果适用) 日期: 年 月 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题,并尽我所能给予了回答。

研究者签名: 日期: 2017 年 10 月 23 日

知情同意书签字页

我已了解食管自体粘膜移植促进食管创面恢复,预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问,我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容,经充分的考虑后,确实自愿参加本研究,并愿意与医生配合,认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内,国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份,我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名: 日期: 2017 年 9 月 20 日

法定代理人(如果适用)

法定代理人签名 日期: 年 月 日

法定代理人与患者的关系:

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时,必须有至少一名公正见证人(独立于临床试验,不受与试验有关人员的不公正影响的个人)。在知情讨论的全过程中,公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用(例如,见证签字)。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息,患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名(如果适用) 日期: 年 月 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题,并尽我所能给予了回答。

研究者签名: 日期: 2017 年 9 月 20 日

知情同意书签字页

我已了解食管自体粘膜移植促进食管创面恢复, 预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问, 我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容, 经充分的考虑后, 确实自愿参加本研究, 并愿意与医生配合, 认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内, 国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份, 我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名: _____ 日期: 2017 年 9 月 27 日

法定代理人 (如果适用)

法定代理人签名 _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人与患者的关系:

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时, 必须有至少一名公正见证人 (独立于临床试验, 不受与试验有关人员的不公正影响的个人)。在知情讨论的全过程中, 公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用 (例如, 见证签字)。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息, 患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名 (如果适用) _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题, 并尽我所能给予了回答。

研究者签名: _____ 日期: 2017 年 9 月 27 日

知情同意书签字页

我已了解食管自体粘膜移植促进食管创面恢复,预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问,我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容,经充分的考虑后,确实自愿参加本研究,并愿意与医生配合,认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内,国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份,我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名: _____

日期: 2017 年 8 月 23 日

法定代理人(如果适用)

法定代理人签名 _____

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人与患者的关系:

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时,必须有至少一名公正见证人(独立于临床试验,不受与试验有关人员的不公正影响的个人)。在知情讨论的全过程中,公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用(例如,见证签字)。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息,患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名(如果适用) _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题,并尽我所能给予了回答。

研究者签名: _____

日期: 2017 年 8 月 23 日

知情同意书签字页

我已了解食管自体粘膜移植促进食管创面恢复,预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问,我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容,经充分的考虑后,确实自愿参加本研究,并愿意与医生配合,认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内,国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份,我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名:  日期: 2017 年 6 月 26 日

法定代理人(如果适用)

法定代理人签名 _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人与患者的关系:

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时,必须有至少一名公正见证人(独立于临床试验,不受与试验有关人员的不公正影响的个人)。在知情讨论的全过程中,公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用(例如,见证签字)。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息,患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名(如果适用) _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题,并尽我所能给予了回答。

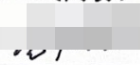
研究者签名:  日期: 2017 年 6 月 26 日

知情同意书签字页

我已了解食管自体粘膜移植促进食管创面恢复,预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问,我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容,经充分的考虑后,确实自愿参加本研究,并愿意与医生配合,认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内,国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份,我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名: 

日期: 2017 年 5 月 15 日

法定代理人(如果适用)

法定代理人签名 _____

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人与患者的关系:

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时,必须有至少一名公正见证人(独立于临床试验,不受与试验有关人员的不公正影响的个人)。在知情讨论的全过程中,公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用(例如,见证签字)。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息,患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名(如果适用) _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题,并尽我所能给予了回答。

研究者签名: 

日期: 2017 年 5 月 15 日

知情同意书签字页

我已了解食管脱细胞真皮基质（ADM）移植促进食管创面恢复，预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问，我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容，经充分的考虑后，确实自愿参加本研究，并愿意与医生配合，认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内，国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份，我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名：_____

日期：2019年4月24日

法定代理人（如果适用）

法定代理人签名_____

日期：____年____月____日

法定代理人与患者的关系：

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时，必须有至少一名公正见证人（独立于临床试验，不受与试验有关人员的不公正影响的个人）。在知情讨论的全过程中，公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用（例如，见证签字）。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息，患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名（如果适用）_____日期：____年____月____日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题，并尽我所能给予了回答。

研究者签名：_____

日期：2019年4月24日

知情同意书签字页

我已了解食管脱细胞真皮基质 (ADM) 移植促进食管创面恢复, 预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问, 我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容, 经充分的考虑后, 确实自愿参加本研究, 并愿意与医生配合, 认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内, 国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份, 我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名: 

日期: 2019 年 4 月 23 日

法定代理人 (如果适用)

法定代理人签名 _____

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人与患者的关系:

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时, 必须有至少一名公正见证人 (独立于临床试验, 不受与试验有关人员的不公正影响的个人)。在知情讨论的全过程中, 公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用 (例如, 见证签字)。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息, 患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名 (如果适用) _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题, 并尽我所能给予了回答。

研究者签名: 

日期: 2019 年 4 月 23 日

知情同意书签字页

我已了解食管脱细胞真皮基质（ADM）移植促进食管创面恢复，预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问，我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容，经充分的考虑后，确实自愿参加本研究，并愿意与医生配合，认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内，国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份，我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名：  日期： 2019 年 5 月 8 日

法定代理人（如果适用）

法定代理人签名 _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人与患者的关系：

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时，必须有至少一名公正见证人（独立于临床试验，不受与试验有关人员的不公正影响的个人）。在知情讨论的全过程中，公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用（例如，见证签字）。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息，患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名（如果适用） _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题，并尽我所能给予了回答。

研究者签名：  日期： 2019 年 5 月 8 日

知情同意书签字页

我已了解食管脱细胞真皮基质 (ADM) 移植促进食管创面恢复, 预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问, 我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容, 经充分的考虑后, 确实自愿参加本研究, 并愿意与医生配合, 认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内, 国家食品药品监督管理局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份, 我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名: 日期: 2019 年 5 月 12 日

法定代理人 (如果适用)

法定代理人签名 日期: 年 月 日

法定代理人与患者的关系:

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时, 必须有至少一名公正见证人 (独立于临床试验, 不受与试验有关人员的不公正影响的个人)。在知情讨论的全过程中, 公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用 (例如, 见证签字)。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息, 患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名 (如果适用) 日期: 年 月 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题, 并尽我所能给予了回答。

研究者签名: 日期: 2019 年 5 月 12 日

知情同意书签字页

我已了解食管脱细胞真皮基质（ADM）移植促进食管创面恢复，预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问，我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容，经充分的考虑后，确实自愿参加本研究，并愿意与医生配合，认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内，国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份，我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名：_____

日期：2019年 5 月 20 日

法定代理人（如果适用）

法定代理人签名_____

日期：_____年_____月_____日

法定代理人与患者的关系：

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时，必须有至少一名公正见证人（独立于临床试验，不受与试验有关人员的不公正影响的个人）。在知情讨论的全过程中，公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用（例如，见证签字）。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息，患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名（如果适用）_____日期：_____年_____月_____日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题，并尽我所能给予了回答。

研究者签名：_____

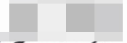
日期：2019年 5 月 20 日

知情同意书签字页

我已了解食管脱细胞真皮基质 (ADM) 移植促进食管创面恢复, 预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问, 我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容, 经充分的考虑后, 确实自愿参加本研究, 并愿意与医生配合, 认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内, 国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份, 我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名:  日期: 2019年6月5日

法定代理人 (如果适用)

法定代理人签名 _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人与患者的关系:

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时, 必须有至少一名公正见证人 (独立于临床试验, 不受与试验有关人员的不公正影响的个人)。在知情讨论的全过程中, 公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用 (例如, 见证签字)。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息, 患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名 (如果适用) _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题, 并尽我所能给予了回答。

研究者签名:  日期: 2019年6月5日

知情同意书签字页

我已了解食管脱细胞真皮基质 (ADM) 移植促进食管创面恢复, 预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问, 我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容, 经充分的考虑后, 确实自愿参加本研究, 并愿意与医生配合, 认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内, 国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份, 我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名: [redacted] 日期: 2019 年 6 月 19 日

法定代理人 (如果适用)

法定代理人签名 日期: 年 月 日

法定代理人与患者的关系:

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时, 必须有至少一名公正见证人 (独立于临床试验, 不受与试验有关人员的不公正影响的个人)。在知情讨论的全过程中, 公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用 (例如, 见证签字)。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息, 患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名 (如果适用) 日期: 年 月 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题, 并尽我所能给予了回答。

研究者签名: [redacted] 日期: 2019 年 6 月 19 日

知情同意书签字页

我已了解食管脱细胞真皮基质 (ADM) 移植促进食管创面恢复, 预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问, 我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容, 经充分的考虑后, 确实自愿参加本研究, 并愿意与医生配合, 认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内, 国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份, 我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名: _____

日期: 2019 年 7 月 3 日

法定代理人 (如果适用)

法定代理人签名 _____

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人与患者的关系:

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时, 必须有至少一名公正见证人 (独立于临床试验, 不受与试验有关人员的不公正影响的个人)。在知情讨论的全过程中, 公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用 (例如, 见证签字)。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息, 患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名 (如果适用) _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题, 并尽我所能给予了回答。

研究者签名: _____

日期: 2019 年 7 月 3 日

知情同意书签字页

我已了解食管脱细胞真皮基质（ADM）移植促进食管创面恢复，预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问，我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容，经充分的考虑后，确实自愿参加本研究，并愿意与医生配合，认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内，国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份，我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名：_____

日期：2019年7月2日

法定代理人（如果适用）

法定代理人签名_____

日期：____年____月____日

法定代理人与患者的关系：

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时，必须有至少一名公正见证人（独立于临床试验，不受与试验有关人员的不公正影响的个人）。在知情讨论的全过程中，公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用（例如，见证签字）。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息，患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名（如果适用）_____日期：____年____月____日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题，并尽我所能给予了回答。

研究者签名：_____

日期：2019年7月2日

知情同意书签字页

我已了解食管脱细胞真皮基质 (ADM) 移植促进食管创面恢复, 预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问, 我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容, 经充分的考虑后, 确实自愿参加本研究, 并愿意与医生配合, 认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内, 国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份, 我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名: 

日期: 2019年 7 月 10 日

法定代理人 (如果适用)

法定代理人签名 _____

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人与患者的关系:

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时, 必须有至少一名公正见证人 (独立于临床试验, 不受与试验有关人员的不公正影响的个人)。在知情讨论的全过程中, 公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用 (例如, 见证签字)。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息, 患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名 (如果适用) _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题, 并尽我所能给予了回答。

研究者签名: 

日期: 2019 年 7 月 10 日

知情同意书签字页

我已了解食管脱细胞真皮基质 (ADM) 移植促进食管创面恢复, 预防食管狭窄的相关情况。研究医生已向我详细解释了本研究的目的、过程、可能发生的不良事件以及研究持续的时间。研究医生也回答了我的所有提问, 我也理解医生的回答。我已充分理解“知情同意书”的内容, 经充分的考虑后, 确实自愿参加本研究, 并愿意与医生配合, 认真完成本研究。

我同意在法律规定及允许的范围内, 国家食品药品监督管理总局、申办方、临床试验监查员、稽查员、研究医生、伦理委员会及其他药政当局有权查阅我的医疗记录。

此知情同意书一式两份, 我将得到我本人和研究医生共同签字的知情同意书一份。

患者签名: 

日期: 2019年 10月 30日

法定代理人 (如果适用)

法定代理人签名 _____

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代理人与患者的关系:

当患者或法定代理人不能阅读或者书写时, 必须有至少一名公正见证人 (独立于临床试验, 不受与试验有关人员的不公正影响的个人)。在知情讨论的全过程中, 公正见证人必须在场。应在知情同意书明确陈述见证人的任何其他作用 (例如, 见证签字)。

我确认研究医生已经向患者和/或患者的法定代理人详细解释了知情同意书中的信息, 患者和/或其法定代理人已经理解这些信息并且自愿提供知情同意。

公正见证人签名 (如果适用) _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

我已给予患者时间就上述知情同意书和研究方案、研究药物提出问题, 并尽我所能给予了回答。

研究者签名: 

日期: 2019年 10月 30日