

附件：3. 中日友好医院临床生物样本库
样本留存知情同意书

姓名： 性别： 年龄： 民族：
科室： 住院号： 门诊号： 生物样本编号：

您受邀参加中日友好医院生物样本库捐献给科学研究的行动。中日友好医院临床生物样本库采集和存储的资源标本主要用于疾病预防和诊治等方面的科学研究。为了更好地掌握疾病的发病机制和改进治疗方案，为患者提供更好地医疗服务，我们诚挚邀请您参与本项目，本项目的研究目的为_____。

在不影响临床检查、病理诊断、和治疗的前提下，新鲜组织标本将从活检或手术必须切除后废弃的样本中留取，血标本留取是在各项检查的同时收集的。所采集的样本将在低温下保存。生物样本库收集和存储的标本主要用于疾病预防、诊断和治疗等方面的科学研究。根据研究需要，您住院期间的病历信息也是我们可能查阅和使用的内容。样本的收集除医院投入的成本外，没有收益，对您本人未来也没有经济收益。但未来的研究结果会为您以及和您类似的患者所患疾病提示新的诊治方法，这可能会给您和与您类似的其他患者带来好处。

所留取的样本及相关资料信息将保存于中日友好医院生物样本库。由专业人员进行科学规范的管理，在样本的收集和管理过程中，您不需要为这些剩余的生物组织样本的探索性研究支付任何费用。对于留取的生物组织样本，您具有充分的隐私权，我们会用一个代码来替代您的样本和您的个人信息，使得您的信息不为任何其他接触到样本的人员所识别，从而最大限度的保证您的个人信息安全。

您的参与是自愿的，如果您选择不参加，将不会对您在我院的治疗过程有任何不良影响。您也可以随时退出本项目。如您有其他疑问，您有权向我们提出问题。

患者签字页

我已经详细阅读本知情同意书。

有关工作人员已经向我解释了研究涉及的内容以及样本存储的相关事宜。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参与本活动完全是自愿的。

我知道我的样本和所有信息采集都将在法律允许的范围内实现全面的保密。

我可以选择在任何时候退出这一活动，我的任何医疗待遇与权益不会因此受到影响。

我知情理解并同意参加该项研究，同意提供标本以供样本库储存和使用。

中日友好医院生物样本库将提供给我经过签名及注明日期的知情同意书副本。

患者或委托人签字：_____

日期：2017.2.28 联系方式：_____

委托人与患者的关系：_____

主管医生签字：_____

日期：_____

联系方式：_____