

# 浙江大学医学院附属第四医院

## 生物样本采集知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: ☒ 男 ☐ 女  
出生时间: 1980 年 5 月 年龄: 70 岁  
病历号: [REDACTED]  
临床诊断: 帕金森病

**样本种类:** 所涉及的生物样本主要包括: 患者手术治疗切除、满足病理诊断后剩余的、常规拟焚烧处理的部分离体组织样本及体液样本。

**样本采集目的:** 为进一步开展相关医学科学研究, 提供研究材料。有益于提高人类诊断和治疗疾病的水平, 进而缓解或解除患者病痛, 提高患者生活质量。

**样本采集费用:** 收集、处理、保存组织和血液样本, 不需要捐赠者承担任何费用。

**捐赠者风险:** 病理组织采集, 是在手术切除下来的病理标本上进行; 血液样本采集, 完全按照常规血液采集操作进行, 不会对捐赠者的身体造成损伤和不良影响。

**隐私保护:** 捐赠者的所有个人资料均属保密。所有样本均将严格匿名使用, 研究者不会获得任何有关个人隐私的资料信息。研究结果可能在学术会议或期刊上公开发表, 但是捐赠者的姓名不会出现在上述任何发表的资料中。

**捐赠者权利:** 捐赠者可以选择自愿参与相关的医学科学研究, 也可以选择不参与或参与后随时退出, 无需任何理由。无论选择自愿参与、不参与、或者选择参与后退出, 都绝不会因此而影响疾病的诊断和治疗。样本保存有效期为十年, 有效期之后将按照相关规程进行销毁处理。

作为一名患者, 我在充分了解上述样本采集知情同意内容后, 愿意参加相关疾病的医学科学研究。

医生签名: [REDACTED]

患者或亲属签名: [REDACTED]

2021 年 4 月 5 日 11 时 00 分

2021 年 4 月 5 日 11 时 10 分