

受试者知情同意书

项目介绍

我们真诚地邀请您参加这项名为“经阴道超声与经腹超声在异位妊娠诊断中的应用价值比较”的研究。在您决定参加之前，了解该研究的目的和内容是非常必要的。请您认真阅读这份介绍，并和您的医生、家人和朋友讨论。如果有什么不清楚的地方，或您想了解更多内容，请您向医生询问或直接与该介绍后所列的人员联系。

研究目的

本研究旨在探讨经腹超声（TAS）和经阴道超声（TVS）在异位妊娠诊断中的应用价值，以期提高临床诊断水平。

研究危险性说明

本研究所采用的诊断手段均为常规成熟操作，无潜在危险和伤害，而且所做的临床诊断都由专业医师和护理人员实施进行。

花销或报酬

受试者（患者）无需支付额外医疗费用，且无其他报酬。

试验会被终止吗？

参加试验的过程中，如果没有突发情况，一般不会终止正在进行的试验。如果有，会提前告知您。

信息保密

研究过程中，关于您的所有信息都严格保密。只有相关人员才能察看您的医疗记录，以便于他们检查所收集信息的准确性，并确保研究正常进行。任何电子传输

的信息都将会重新命名以确保信息的保密性。所有计算机中的信息将用密码加以保护。该研究的结果可能在医学会议上报告和科技杂志上发表，但任何可识别您个人的信息都不会使用。

我必须参加吗？

参与该研究完全自愿，而不是被迫参加。如果您参加研究也可以随时退出，或者选择直接进行门诊的常规康复治疗，不需要任何理由。不管您的决定是什么，都不会影响您的正常治疗或您与医护人员关系。如果您决定参加，我们会请您签一张知情同意书。您会保留一份该同意书的副本和这份介绍。

研究单位

本研究主要由浙江大学医学院附属杭州市胸科医院超声医学科实施完成。

项目联系人

读完该介绍并与您的医生讨论后，如果您还有其他问题或顾虑，请与以下人员联系：

研究人员：胡惠娟

地址：浙江省杭州市环城东路 208 号浙江大学医学院附属杭州市胸科医院超声医学科

是否审批

本研究已由浙江大学医学院附属杭州市胸科医院伦理委员会批准。

受试者知情同意书签字页

研究医生已向我详细解释了这项试验的目的、过程，以及参与实验可能存在的风险和益处。我已仔细阅读了受试者须知，并有充分的时间提出问题，目前我没有任何疑问。

我参加这项试验是自愿的，我可以在任何时候因任何理由退出试验而不会遭受任何损失。我在试验过程中，将遵循研究医生的指导，按照医生的要求完成该试验。如果在试验过程中出现任何不良事件，我都会立即通知临床试验医师或其他研究者。如果本试验对我的健康造成任何明显损害，我将得到积极治疗和申办者的补偿。

我知道，如果在没有预先和研究医生讨论的情况下，我自己做了其他治疗；同时如果我的健康状况出现任何问题时，没有及时通知我的研究医生，会影响我在试验中受到的保障。

我同意由这项临床试验中获得的数据，可以用于在计算机中进行记录、储存和处理。此外，我同意申办者的代表、伦理委员会的成员以及政府管理部门的代表，在遵循保密原则的前提下，查阅我的病例记录。我了解查看这些记录是为了确保从这项试验中收集的资料是真实、准确和可靠的。

综上所述，我同意参加这项临床试验，我已得到了这份已签字的知情同意书的复印件。

受试者姓名

医生姓名： 胡惠娟

受试者签名

医生签名

联系方式：

联系方

签字日期：

签字日期： 2018-08-24