

上海市静安区市北医院医学伦理知情同意书

尊敬的患者:

我们邀请您参加 上海市静安区市北医院批准开展的:交叉迁移理论在脑卒中偏瘫患者肢体康复中的应用。本研究将在上海市静安区市北医院开展,估计将有 1 名受试者自愿参加。本研究已经得到上海市静安区市北医院医学伦理委员会的审查和批准。本知情同意书提供给您一些信息以帮助您决定是否参加此项研究,请您仔细阅读,如有任何疑问请向负责该项研究的研究者提出。

一、开展临床试验的介绍(背景)

二、研究性质和目的

三、研究过程

四、风险和不良反应:包括患者受到损害后的处理流程、补偿(补偿应具体化)

五、受益(患者可能得到的利益或报酬,有或无均应向患者交代清楚)

六、其他治疗的选择

七、自愿参与与退出

八、保密责任

作为研究受试者,您有以下职责:提供有关自身病史和当前身体状况的真实情况;告诉研究医生自己在本次研究期间所出现的任何不适;告诉研究医生自己在最近是否曾参与其他研究,或目前正在参与其他研究。在研究过程中你有任何与该课题有关的疑问都可以与研究医师联系(陆妍红+17701790070)。遵医嘱定时随访、认真配合研究医师完成整个研究过程。

本人已经详细阅读了本知情同意书,研究医师已充分向本人介绍了本研究的目的、过程等内容,也充分告知了本人参与该研究的风险及受益,并对本人询问的所有问题给予了圆满的答复。本人自愿参加本次课题研究,并积极配合完成本项试验工作。

受试者签名

手机号码:

家属手机号码:

日期: 2023 年 3 月 16 日

研究者签名

研究者联系电话: 17701790070

日期: 2023 年 3 月 16 日

注: 1.同意书各项内容应个体化。

2.同意书请打印在一张纸上,可正反打印。