

受试者签字页

受试者声明:

我已认真阅读了本研究项目的知情同意书的全部内容,研究医生已向我做出了详细的说明并解答了我的相关问题,我完全了解参加本次研究的目的、过程及我的权益和风险,我自愿参加本项研究并做出一下声明:

1. 我已经充分阅读了上述知情同意书的内容,我已经了解了本项研究的目的、步骤、治疗我疾病的其他方法及研究过程中可能产生的风险和受益。我有充足的时间询问有关研究的问题,已获得了满意的答复。
2. 我将遵守本项研究的各项要求,与研究医生配合,接受与本项研究相关的检查和检测,并按时就诊访视。
3. 我已被告知在研究过程中如出现任何不适或其他问题时,可以随时与研究医生联系,并将获得积极有效的处理。
4. 我已了解到自己可以在任何时间而不需要任何理由退出本研究,退出研究不会影响我现在或将来的诊断与治疗。如果我中途退出研究,若将病情变化及时告知研究医生,完成相应的随访及访视,这将对我本人和此项研究十分有利。
5. 我同意研究医生在此项医学研究中收集、使用和发表我的医学健康数据。
6. 经过充分考虑后,我自愿参加“MECP2 重复综合征家系临床特点及基因分析”。

受试者

受试者姓名(楷体): _____

受试者签名: _____ 日期: 2021.6.26

联系电话: _____

该名受试者因无行为能力、限制行为能力或不能读写,本人无法签署知情同意书,本知情同意由其法定代理人代为签署,同时还需要见证人签字。

法定代理人姓名(楷体): _____

法定代理人签名: _____ 日期: _____

与受试者的关系: _____

联系电话: _____

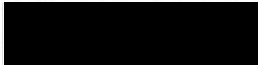
见证人姓名（楷体）：_____

见证人签名：_____ 日期：_____

联系电话：_____

研究者声明：

我确认已向 ☒ 受试者本人 ☐ 法定代理人 ☐ 见证人详细解释了本研究的详细情况，包括其权利以及可能产生的风险和受益，就受试者本人/法定代理人/见证人提出的问题给予了充分的解答，此知情同意书签署一式两份，其中一份已交由 ☒ 受试者本人 ☐ 法定代理人 ☐ 见证人保留。（签署时在方框内打勾）

研究者姓名  _____

研究者签名：_____ 日期：2021.6.26

联系电话：_____

备注：此文件（“受试者签字页”）在正式签署时需正反面打印在一张 A4 纸上。（递交伦理材料时请不要正反面打印）

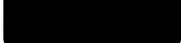
受试者签字页

受试者声明:

我已认真阅读了本研究项目的知情同意书的全部内容,研究医生已向我做出了详细的说明并解答了我的相关问题,我完全了解参加本次研究的目的、过程及我的权益和风险,我自愿参加本项研究并做出一下声明:

1. 我已经充分阅读了上述知情同意书的内容,我已经了解了本项研究的目的、步骤、治疗我疾病的其他方法及研究过程中可能产生的风险和受益。我有充足的时间询问有关研究的问题,已获得了满意的答复。
2. 我将遵守本项研究的各项要求,与研究医生配合,接受与本项研究相关的检查和检测,并按时就诊访视。
3. 我已被告知在研究过程中如出现任何不适或其他问题时,可以随时与研究医生联系,并将获得积极有效的处理。
4. 我已了解到自己可以在任何时间而不需要任何理由退出本研究,退出研究不会影响我现在或将来的诊断与治疗。如果我中途退出研究,若将病情变化及时告知研究医生,完成相应的随访及访视,这将对我本人和此项研究十分有利。
5. 我同意研究医生在此项医学研究中收集、使用和发表我的医学健康数据。
6. 经过充分考虑后,我自愿参加“MECP2 重复综合征家系临床特点及基因分析”。

受试者

受试者姓名(楷体): 受试者签名  日期: 2021.6.26联系电话: 

该名受试者因无行为能力、限制行为能力或不能读写,本人无法签署知情同意书,本知情同意由其法定代理人代为签署,同时还需要见证人签字。

法定代理人姓名(楷体): _____

法定代理人签名: _____ 日期: _____

与受试者的关系: _____

联系电话: _____

见证人姓名（楷体）：_____

见证人签名：_____ 日期：_____

联系电话：_____

研究者声明：

我确认已向 ☒ 受试者本人 ☐ 法定代理人 ☐ 见证人详细解释了本研究的详细情况，包括其权利以及可能产生的风险和受益，就受试者本人/法定代理人/见证人提出的问题给予了充分的解答，此知情同意书签署一式两份，其中一份已交由 ☒ 受试者本人 ☐ 法定代理人 ☐ 见证人保留。（签署时在方框内打勾）

研究者姓名（楷体）： 冀红

研究者签名： 冀红 日期： 2021.6.26

联系电话：

备注：此文件（“受试者签字页”）在正式签署时需正反面打印在一张 A4 纸上。（递交伦理材料时请不要正反面打印）

受试者签字页

受试者声明:

我已认真阅读了本研究项目的知情同意书的全部内容,研究医生已向我做出了详细的说明并解答了我的相关问题,我完全了解参加本次研究的目的、过程及我的权益和风险,我自愿参加本项研究并做出一下声明:

1. 我已经充分阅读了上述知情同意书的内容,我已经了解了本项研究的目的、步骤、治疗我疾病的其他方法及研究过程中可能产生的风险和受益。我有充足的时间询问有关研究的问题,已获得了满意的答复。
2. 我将遵守本项研究的各项要求,与研究医生配合,接受与本项研究相关的检查和检测,并按时就诊访视。
3. 我已被告知在研究过程中如出现任何不适或其他问题时,可以随时与研究医生联系,并将获得积极有效的处理。
4. 我已了解到自己可以在任何时间而不需要任何理由退出本研究,退出研究不会影响我现在或将来的诊断与治疗。如果我中途退出研究,若将病情变化及时告知研究医生,完成相应的随访及访视,这将对我本人和此项研究十分有利。
5. 我同意研究医生在此项医学研究中收集、使用和发表我的医学健康数据。
6. 经过充分考虑后,我自愿参加“MECP2 重复综合征家系临床特点及基因分析”。

受试者

受试者姓名(楷体):

受试者签名: 日期: 2021.6.26

联系电话:

该名受试者因无行为能力、限制行为能力或不能读写,本人无法签署知情同意书,本知情同意由其法定代理人代为签署,同时还需要见证人签字。

法定代理人姓名(楷体):

法定代理人签名: 日期:

与受试者的关系:

联系电话:

见证人姓名（楷体）： _____

见证人签名： _____ 日期： _____

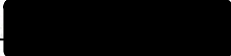
联系电话： _____

研究者声明：

我确认已向 ☒ 受试者本人 ☐ 法定代理人 ☐ 见证人详细解释了本研究的详细情况，包括其权利以及可能产生的风险和受益，就受试者本人/法定代理人/见证人提出的问题给予了充分的解答，此知情同意书签署一式两份，其中一份已交由 ☒ 受试者本人 ☐ 法定代理人 ☐ 见证人保留。（签署时在方框内打勾）

研究者姓名（楷体）： 冀红

研究者签名： 冀红 日期： 2021.6.26

联系电话： 

备注：此文件（“受试者签字页”）在正式签署时需正反面打印在一张 A4 纸上。（递交伦理材料时请不要正反面打印）

受试者签字页

受试者声明:

我已认真阅读了本研究项目的知情同意书的全部内容,研究医生已向我做出了详细的说明并解答了我的相关问题,我完全了解参加本次研究的目的、过程及我的权益和风险,我自愿参加本项研究并做出一下声明:

1. 我已经充分阅读了上述知情同意书的内容,我已经了解了本项研究的目的、步骤、治疗我疾病的其他方法及研究过程中可能产生的风险和受益。我有充足的时间询问有关研究的问题,已获得了满意的答复。
2. 我将遵守本项研究的各项要求,与研究医生配合,接受与本项研究相关的检查和检测,并按时就诊访视。
3. 我已被告知在研究过程中如出现任何不适或其他问题时,可以随时与研究医生联系,并将获得积极有效的处理。
4. 我已了解到自己可以在任何时间而不需要任何理由退出本研究,退出研究不会影响我现在或将来的诊断与治疗。如果我中途退出研究,若将病情变化及时告知研究医生,完成相应的随访及访视,这将对我本人和此项研究十分有利。
5. 我同意研究医生在此项医学研究中收集、使用和发表我的医学健康数据。
6. 经过充分考虑后,我自愿参加“MECP2 重复综合征家系临床特点及基因分析”。

受试者

受试者姓名(楷体): [REDACTED]

受试者签名: _____ 日期: _____

联系电话: _____

该名受试者因无行为能力、限制行为能力或不能读写,本人无法签署知情同意书,本知情同意由其法定代理人代为签署,同时还需要见证人签字。

法定代理人姓名(楷体): [REDACTED]

法定代理人签名: [REDACTED] 日期: 2021.6.26

与受试者的关系: 父子

联系电话: [REDACTED]

见证人姓名 (楷体): _____

见证人签名

日期: 2021.6.26

联系电话:

研究者声明:

我确认已向 ☐ 受试者本人 ☒ 法定代理人 ☒ 见证人详细解释了本研究的详细情况, 包括其权利以及可能产生的风险和受益, 就受试者本人/法定代理人/见证人提出的问题给予了充分的解答, 此知情同意书签署一式两份, 其中一份已交由 ☐ 受试者本人 ☒ 法定代理人 ☐ 见证人保留。(签署时在方框内打勾)

研究者姓名 (楷体): 冀红

研究者签名: 冀红

日期: 2021.6.26

联系电话:

备注: 此文件 (“受试者签字页”) 在正式签署时需正反面打印在一张 A4 纸上。(递交伦理材料时请不要正反面打印)