

免除知情同意书申请表

项目名称	经颅电刺激对语言障碍患者血清神经营养因子和语言功能的影响		
申请科室	康复医学科	项目负责人	王舒
申办单位	长江航运总医院 武汉脑科医院		
注：对于以下情况，伦理专委会可以批准免除知情同意。但是，请注意：免除知情同意，伦理专委会也可以要求研究者向受试者提供研究告知信息。			
利用以往临床诊疗中获得的病历/生物标本的研究，申请免除知情同意			
✿	本研究使用的病历或生物标本是以往临床诊疗中获取的。		
✿	本研究对受试者的风险不大于最小风险 ¹ 。		
✿	免除知情同意不会对受试者的权利和健康产生不利的影响。		
✿	受试者的隐私和个人身份信息得到保护。		
✿	若规定需获取知情同意，研究将无法进行（病人有权知道其病历/标本可能用于研究，其拒绝或不同意参加研究，不是研究无法实施、免除知情同意的证据）。		
✿	本研究不利用病人/受试者以前已明确地拒绝利用的医疗记录和标本。		
✿	利用可识别身份信息的人体材料或者数据进行研究，已无法找到该受试者，且研究项目不涉及个人隐私和商业利益的。		

研究承诺：本研究项目不涉及个人隐私和商业利益，样本及相关信息仅用于本项目研究。

项目负责人签名：



日期：2019 年 1 月 11 日

¹最小风险 (Minimal Risk)：指试验中预期风险的可能性和程度不大于日常生活、或进行常规体格检查或心理测试的风险。