

知情同意书

方案名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

方案编号：[REDACTED]

方案版本号：1.1，2019-04-23

知情同意书版本号：1.1，2019-04-23

研究机构：重庆市中医院脾胃病科

主要研究者（课题负责人）：[REDACTED]

欢迎您自愿参加“慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究”的临床试验，并对您的参加表示衷心的感谢。在决定是否参加之前，您有必要了解本试验的目的、试验药品、可能给您带来的风险、试验中期望您所做之事以及您作为受试者的权利。请您仔细阅读这份受试者须知。

1、 药物简介（研究背景）益胃消瘀颗粒是由杨小军申报的中药第6类新药，简要介绍药物功用。

临床前研究结果提示：益胃消瘀颗粒乃我院李延萍教授在总结名老中医经验基础上建立的治疗慢性萎缩性胃炎（CAG）的处方，由红参、三七、娑罗子、白术、当归、石斛等10味中药组成，具有温脾益气养阴、疏肝和胃化瘀功效，临床主要用于治疗胃脘痞满、胃中嘈杂或隐痛、食纳减少等脾胃气阴不足、气滞夹瘀证的慢性浅表性胃炎及萎缩性胃炎伴有肠上皮化生、异型增生者。本课题组前期已建立了益胃消瘀颗粒的制备工艺：红参、三七粉碎成细粉，过筛，其余娑罗子等8味药加水煎煮，煎液过滤，合并滤液，浓缩至适量，与上述粉末混匀，干燥，粉碎成细粉，加糊精适量，制成颗粒，干燥，混匀，包装，即得。为了更好地控制益胃消瘀颗粒的质量，保证临床用药安全有效，已建立益胃消瘀颗粒的质量标准。前期动物实验已证实益胃消瘀颗粒对萎缩、肠化、异型增生均有治疗作用。结合2007年开展的以胃复春为对照组的关于益胃消瘀颗粒的临床观察发现其对逆转胃黏膜萎缩、肠化、异型增生具有明显的临床作用。而其他团队研究显示胃复春对萎缩性胃炎具有治疗作用，故选择胃复春作为对比剂，采用随机对照盲法以期科学评估益胃消瘀颗粒对慢性萎缩性胃炎的治疗作用。

2、 研究介绍 本试验已获得重庆市中医院伦理委员会批准。

研究目的：采用排除幽门螺杆菌影响胃黏膜条件下，通过患者自评量表观察主要临床结局及次要临床结局的方法，以期科学评价益胃消瘀颗粒对CAG的临床疗效。

研究方法：拟纳入受试对象为72例，纳入受试者被随机接受益胃消瘀颗粒+胃复春片模拟剂或胃复春片+益胃消瘀颗粒剂模拟剂（1:1），采用随机数字表法，用密封不透光的信封进行随机隐藏，合格受试对象同意进入试验时，信封才能被打开。临床医师、内镜医师、病理医师、受试者对于研究对象分组情况均不知情。

益胃消瘀及胃复春模拟剂将使用与益胃消瘀颗粒及胃复春片颜色、外观、气味相同的玉米淀粉组成，要求外观包装一致。申办者按照随机编码将益胃消瘀颗粒及胃复春片模拟剂进行分配包装，药品盒上印制“临床试验用药”，以及用法、批号和生产厂家及药品编号。

3、 哪些人适宜参加研究？

A. 年龄在 18-70 岁；B. 胃镜结果及病理均提示慢性萎缩性胃炎；C. 萎缩及异型增生均在轻至中度，伴或不伴肠化或异型增生；D. 符合脾胃虚弱证诊断标准；E. 同意签署本实验知情同意书者。

4、 哪些人不宜参加研究？

A. 年龄小于 18 岁或大于 70 岁；B. 胃粘膜病理结果显示重度异型增生；C. 可疑胃癌或其他肿瘤；D. 胃手术史；E. 严重系统性器质性疾病（如心脑血管疾病、肝病、血液、肾病、肝脏或肺脏疾病等）；F. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见中其他证型（肝胃气滞证、肝胃郁热证、脾胃湿热证、胃阴不足证、胃络瘀血证）；G. 服用非甾体抗炎药物；H. 孕期或哺乳期者；I. 不愿意治疗后重复复查胃镜的患者；J. 拒绝签署本实验知情同意书者。

5、 总体过程 总体占用受试者的时间。

(1) 入选研究前，予所有受试对象行血常规、肝肾功、大便常规+OB、尿常规，胃镜检查（含病理活检）、¹⁴C 呼气试验、血清胃功能试验后，筛选出符合纳入标准的研究对象。

(2) 研究方法：纳入受试者被随机接受益胃消瘀颗粒+胃复春片模拟剂或胃复春片+益胃消瘀颗粒模拟剂（1:1），采用随机数字表法，由生物统计学家使用统计软件包产生两套各 72 个随机用药编号。编码形成后采用文件形式予以确定，密封后由申办方和统计人员保存。用密封不透光的信封进行随机隐藏，合格受试对象同意进入试验时，信封才能被打开。临床医师、内镜医师、病理医师、受试者对于研究对象分组情况均不知情。

(3) 治疗后观察时点：分别于第 1 月末、第 2 月末、第 3 月末、第 4 月末、第 5 月末、第 6 月末进行随访取药并填写调查问卷，并于第 6 月末复查血常规、肝肾功、大便常规+OB、尿常规，胃镜检查（含病理活检）、¹⁴C 呼气试验、血清胃功能试验。

(4) 要您配合的其他事项：如复诊日期、复诊需要配合的检查等。

请您按医生和您约定的随访时间来就诊。您的随访非常重要，因为医生将判断您接受的治疗中是否真正起作用。

请您按医生指导用药，并请您在每次用药后及时、客观地记录。同时要记录试验期间您由于其他疾病必须继续服用的药物。

在试验期间除方案中规定的用药外，请您不要使用其他治疗慢性萎缩性胃炎的中西药，及与本病治疗相关的其他药物。若您需要其他治疗，请事先与您的医生联系（检查费用、药物费用等费用情况）。

6、您的权利和利益

您参与本研究中所服用的疗程为 6 月的药物属免费，并将免费提供定标活检钳供胃镜下病理活检，其余纳入受试者前所涉及的筛选检查不属于免费范畴，且完成 6 月随访的患者将获得 200 元作为车费补贴。本研究在筛选期及口服药物疗程结束后所进行的胃镜检查、定标活检均属于有创操作，所使用的印度墨汁对人体无伤害，并可标记胃黏膜病变处，为后续药物疗效评价及胃黏膜病变进展提供标尺。本研究拟在胃窦、胃角、胃体分别钳取芝麻粒大小的胃黏膜属于临床常规操作，如病理活检后经临床医生判断存在出血风险，本课题组将免费提供如云南白药等口服药物并进行定期随访。

研究人员将向您介绍试验药品及试验安排，参加与否完全遵循自愿的原则。研究者向您报告所有与您有关的事件，以便您随时决定是否继续参加。如果您有任何问题，您可打电话或直接向研究者咨询。您将在研究期间获得良好的医疗服务。您可以拒绝参加此项研究，或在研究过程中的任何时间退出研究，这都不会影响您和医生的关系，都不会影响对您的医疗或有其他方面利益的损失，可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗与权益不会受到影响，您不必为了治疗您的疾病而继续选择参加本项研究。

(2) 您和社会将可能从本项试验中受益。此种受益包括您的病情可能获得改善，以及

您将获得免费使用一种治疗慢性萎缩性胃炎新药或已上市药物的机会，您将获得免费的试验药物和实验室检查。同时您的参与也将为研制一种治疗本病的新药作出贡献。本项研究可能帮助开发出一种新治疗方法，以用于相似病情的其他患者。

(3) 如果您同时合并其他疾病所需的治疗和检查，将不在免费的范围之内。

7、您的义务 坚持自愿参加的原则，在试验开始之前签署知情同意书；遵循临床试验方案，听从研究者的统一安排；配合研究者完成试验任务；试验期间不得擅自使用其他药物，如必须使用请与研究者联系。

可能出现的不良反应和安全措施 所有治疗药物都有可能产生不良反应。参与本次研究，应使用益胃消瘀颗粒、胃复春等药物，经既往临床实验观察未发现明显不良反应。

如果在研究中您出现任何不适，他将对此作出判断和医疗处理。医生和申办者将尽全力预防由于本研究可能带来的伤害。如果在临床试验中出现不良事件，医学专家委员会鉴定其是否与试验药物有关。申办者将对实验相关的损害提供治疗的费用及相应的经济补偿，这一点已经在我国《药物临床试验质量管理规范》中作出了规定。您在研究期间需要按时到医院随访，这一些都可能给您造成麻烦或带来不方便。

8、终止您参加试验的理由

- (1) 研究者判定进行试验对您有害；
- (2) 您未按医生的指导用药；
- (3) 研究过程中发生了严重不良反应；
- (4) 临床试验被国家食品药品监督管理局取消。

发生了上述情况，研究者有权不征得您的同意而终止您参加试验。

10、保密性 只有授权报告和发表的论文中不会出现您的姓名和身份证明(新药项目)，同时我们允许国家食品药品监督管理局视察人员审阅记录。

知情同意书

方案名称：益胃消瘀颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

方案编号：██████████

方案版本号：1.1，2019-01-02

知情同意书版本号：1.1，2019-01-02

研究机构：重庆市中医院脾胃病科

主要研究者（课题负责人）：██████████

欢迎您自愿参加“益胃消瘀颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察”的临床试验，并对您的参加表示衷心的感谢。在决定是否参加之前，您有必要了解本试验的目的、试验药品、可能给您带来的风险、试验中期望您所做的事以及您作为受试者的权利。请您仔细阅读这份受试者须知。

1、 药物简介（研究背景）益胃消瘀颗粒是由陈万群申报的中药第6类新药，简要介绍药物功用。

临床前研究结果提示：益胃消瘀颗粒乃我院李延萍教授在总结名老中医经验基础上建立的治疗慢性萎缩性胃炎（CAG）的处方，由红参、三七、娑罗子、白术、当归、石斛等10味中药组成，具有温脾益气养阴、疏肝和胃化瘀功效，临床主要用于治疗胃脘痞满、胃中嘈杂或隐痛、食纳减少等脾阳胃阴不足、气滞夹瘀证的慢性浅表性胃炎及萎缩性胃炎伴有肠上皮化生、异型增生者。本课题组前期已建立了益胃消瘀颗粒的制备工艺：红参、三七粉碎成细粉，过筛，其余娑罗子等8味药加水煎煮，煎液过滤，合并滤液，浓缩至适量，与上述粉末混匀，干燥，粉碎成细粉，加糊精适量，制成颗粒，干燥，混匀，包装，即得。为了更好地控制益胃消瘀颗粒的质量，保证临床用药安全有效，已建立益胃消瘀颗粒的质量标准。前期动物实验已证实益胃消瘀颗粒对萎缩、肠化、异型增生均有治疗作用。结合2007年开展的以胃复春为对照组的关于益胃消瘀颗粒的临床观察发现其对逆转胃黏膜萎缩、肠化、异型增生具有明显的临床作用。而其他团队研究显示胃复春对萎缩性胃炎具有治疗作用，故选择胃复春作为对比剂，采用随机对照盲法以期科学评估益胃消瘀颗粒对慢性萎缩性胃炎的治疗作用。

2、 研究介绍 本试验已获得重庆市中医院伦理委员会批准。

研究目的：采用排除幽门螺杆菌影响胃黏膜条件下，通过患者自评量表观察主要临床结局及次要临床结局的方法，以期科学评价益胃消瘀颗粒对CAG的临床疗效。

研究方法：拟纳入受试对象为72例，纳入受试者被随机接受益胃消瘀颗粒+胃复春片模拟剂或胃复春片+益胃消瘀颗粒剂模拟剂（1：1），采用随机数字表法，用密封不透光的信封进行随机隐藏，合格受试对象同意进入试验时，信封才能被打开。临床医师、内镜医师、病理医师、受试者对于研究对象分组情况均不知情。

益胃消瘀及胃复春模拟剂将使用与益胃消瘀颗粒及胃复春片颜色、外观、气味相同的玉米淀粉组成，要求外观包装一致。申办者按照随机编码将益胃消瘀颗粒及胃复春片模拟剂进行分配包装，药品盒上印制“临床试验用药”，以及用法、批号和生产厂家及药品编号。

3、 哪些人适宜参加研究？

A. 年龄在 18-70 岁；B. 胃镜结果及病理均提示慢性萎缩性胃炎；C. 萎缩及异型增生均在轻至中度，伴或不伴肠化或异型增生；D. 符合脾胃虚弱证诊断标准；E. 同意签署本实验知情同意书者。

4、 哪些人不宜参加研究？

A. 年龄小于 18 岁或大于 70 岁；B. 胃粘膜病理结果显示重度异型增生；C. 可疑胃癌或其他肿瘤；D. 胃手术史；E. 严重系统性器质性疾病（如心脑血管疾病、肝病、血液、肾病、肝脏或肺脏疾病等）；F. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见中其他证型（肝胃气滞证、肝胃郁热证、脾胃湿热证、胃阴不足证、胃络瘀血证）；G. 服用非甾体抗炎药物；H. 孕期或哺乳期者；I. 不愿意治疗后重复复查胃镜的患者；J. 拒绝签署本实验知情同意书者。

5、 总体过程 总体占用受试者的时间。

(1) 入选研究前，予所有受试对象行血常规、肝肾功、大便常规+OB、尿常规，胃镜检查（含病理活检）、¹⁴C 呼气试验、血清胃功能试验后，筛选出符合纳入标准的研究对象。

(2) 研究方法：纳入受试者被随机接受益胃消瘀颗粒+胃复春片模拟剂或胃复春片+益胃消瘀颗粒模拟剂（1:1），采用随机数字表法，由生物统计学家使用统计软件包产生两套各 72 个随机用药编号。编码形成后采用文件形式予以确定，密封后由申办方和统计人员保存。用密封不透光的信封进行随机隐藏，合格受试对象同意进入试验时，信封才能被打开。临床医师、内镜医师、病理医师、受试者对于研究对象分组情况均不知情。

(3) 治疗后观察时点：分别于第 1 月末、第 2 月末、第 3 月末、第 4 月末、第 5 月末、第 6 月末进行随访并填写调查问卷，并于第 6 月末复查血常规、肝肾功、大便常规+OB、尿常规，胃镜检查（含病理活检）、¹⁴C 呼气试验、血清胃功能试验。

(4) 要您配合的其他事项：如复诊日期、复诊需要配合的检查等。

请您按医生和您约定的随访时间来就诊。您的随访非常重要，因为医生将判断您接受的治疗中是否真正起作用。

请您按医生指导用药，并请您在每次用药后及时、客观地记录。同时要记录试验期间您由于其他疾病必须继续服用的药物。

在试验期间除方案中规定的用药外，请您不要使用其他治疗慢性萎缩性胃炎的中西药，及与本病治疗相关的其他药物。若您需要其他治疗，请事先与您的医生联系（检查费用、药物费用等费用情况）。

6. 您的权利和利益

您参与本研究中所服用的疗程为 6 月的药物属免费，并将免费提供定标活检钳供胃镜下病理活检，其余纳入受试者前所涉及的筛选检查不属于免费范畴，且完成 6 月随访的患者将获得 200 元作为车费补贴。本研究在筛选期及口服药物疗程结束后所进行的胃镜检查、定标活检均属于有创操作，所使用的印度墨汁对人体无伤害，并可标记胃黏膜病变处，为后续药物疗效评价及胃黏膜病变进展提供标尺。本研究拟在胃窦、胃角、胃体分别钳取芝麻粒大小的胃黏膜属于临床常规操作，如病理活检后经临床医生判断存在出血风险，本课题组将免费提供如云南白药等口服药物并进行定期随访。

研究人员将向您介绍试验药品及试验安排，参加与否完全遵循自愿的原则。研究者向您报告所有与您有关的事件，以便您随时决定是否继续参加。如果您有任何问题，您可打电话或直接向研究者咨询。您将在研究期间获得良好的医疗服务。您可以拒绝参加此项研究，或在研究过程中的任何时间退出研究，这都不会影响您和医生的关系，都不会影响对您的医疗或有其他方面利益的损失，可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗与权益不会受到影响，您不必为了治疗您的疾病而继续选择参加本项研究。

(2) 您和社会将可能从本项试验中受益。此种受益包括您的病情可能获得改善，以及

您将获得一次免费使用一种治疗慢性萎缩性胃炎新药或已上市药物的机会，您将获得免费的试验药物和实验室检查。同时您的参与也将为研制一种治疗本病的新药作出贡献。本项研究可能帮助开发出一种新治疗方法，以用于相似病情的其他患者。

(3) 如果您同时合并其他疾病所需的治疗和检查，将不在免费的范围之内。

7、您的义务 坚持自愿参加的原则，在试验开始之前签署知情同意书；遵循临床试验方案，听从研究者的统一安排；配合研究者完成试验任务；试验期间不得擅自使用其他药物，如必须使用请与研究者联系。

可能出现的不良反应和安全措施 所有治疗药物都有可能产生不良反应。参与本次研究，应使用益胃消瘀颗粒、胃复春等药物，经既往临床实验观察未发现明显不良反应。

如果在研究中您出现任何不适，他将对此作出判断和医疗处理。医生和申办者将尽全力预防由于本研究可能带来的伤害。如果在临床试验中出现不良事件，医学专家委员会鉴定其是否与试验药物有关。申办者将对实验相关的损害提供治疗的费用及相应的经济补偿，这一点已经在我国《药物临床试验质量管理规范》中作出了规定。您在研究期间需要按时到医院随访，这一些都可能给您造成麻烦或带来不方便。

8、终止您参加试验的理由

- (1) 研究者判定进行试验对您有害；
- (2) 您未按医生的指导用药；
- (3) 研究过程中发生了严重不良反应；
- (4) 临床试验被国家食品药品监督管理局取消。

发生了上述情况，研究者有权不征得您的同意而终止您参加试验。

10、保密性 只有授权报告和发表的论文中不会出现您的姓名和身份证明(新药项目)，同时我们允许国家食品药品监督管理局视察人员审阅记录。

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。 ②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

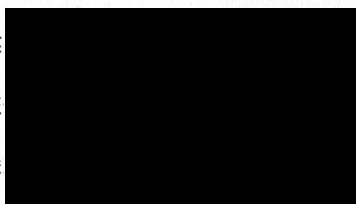
我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签

身份证

患者联



知情同意书签字页

试验名称: 益胃消瘀颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位: 重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号:

重庆市中医院伦理批件号: 2019-ky-25

同意声明:

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍,而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的,我确认已有充足的时间对此进行考虑,而且明白:

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究,而不会受到歧视或不公正待遇,医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚,如果我中途退出本研究,特别是由于药物的原因使我退出研究时,我若将病情变化告诉医生,完成相应的体格检查和理化检查,这将对我本人和整个研究十分有利。

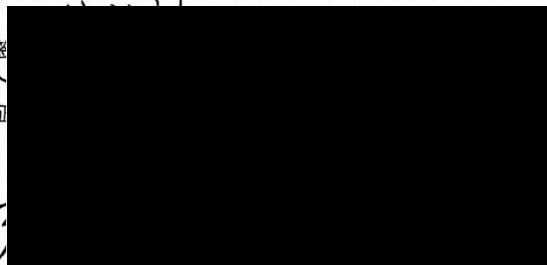
如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗,我会事先征求医生的意见,或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后,我决定同意参加本研究。

患者签

身份证



知情同意书签字页

试验名称：益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

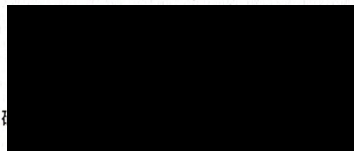
如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名

身份证号



知情同意书签字页

试验名称：益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名

身份证号码



知情同意书签字页

试验名称：益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍,并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的,我确认已有充足的时间对此进行考虑,而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究,而不会受到歧视或不公正待遇,医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚,如果我中途退出本研究,特别是由于药物的原因使我退出研究时,我若将病情变化告诉医生,完成相应的体格检查和理化检查,这将对我本人和整个研究十分有利。

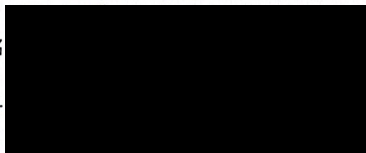
如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗,我会事先征求医生的意见,或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后,我决定同意参加本研究。

患者签名

身份证号



知情同意书签字页

试验名称：益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名

身份证号码

[Redacted Signature and ID Number]

知情同意书版本号：1.1，2019-04-23；日期：2019-04-23

患者联系电话：

我确认已向患者解释了本试验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险，并给其

一份签署过的知情同意书副本。

医生签名

医生工作

知情同意书签字页

试验名称：益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对本人和整个研究十分有利。

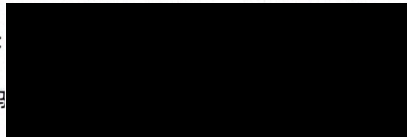
如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：

身份证号码



知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

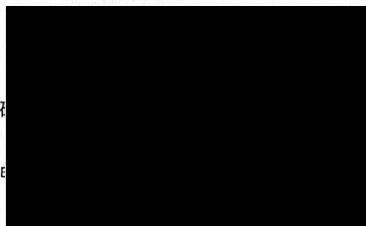
我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名

身份证号

患者联系电



知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号： 2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。 ②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

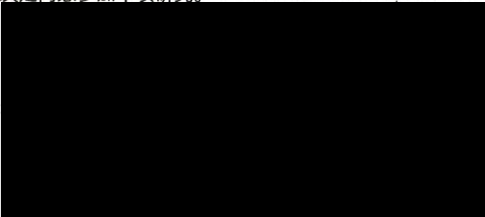
我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名

身份证号

患者联系



知情同意书签字页

试验名称：益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

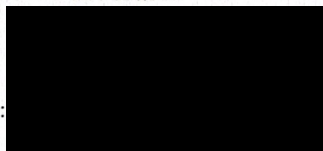
如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：

身份证号码：



知情同意书签字页

试验名称：益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对本人和整个研究十分有利。

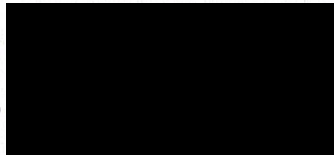
如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：

身份证号码



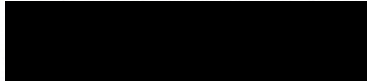
知情同意书版本号：1.1，2019-04-23；日期：2019-04-23

患者联系电话：

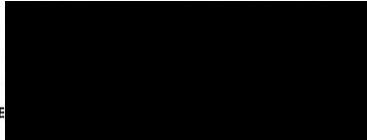


我确认已向患者解释了本试验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

医生签名



医生工作电



知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：白方军 2020年9月8日

身份证号码：51022119650708382X

患者联系电话：

手机号：15178832275

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍,并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的,我确认已有充足的时间对此进行考虑,而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。 ②我可以随时退出本研究,而不会受到歧视或不公正待遇,医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚,如果我中途退出本研究,特别是由于药物的原因使我退出研究时,我若将病情变化告诉医生,完成相应的体格检查和理化检查,这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗,我会事先征求医生的意见,或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后,我决定同意参加本项研究。

患者签名：陈香萍 2020年12月29日

身份证号码：510202195312271544

患者联系电话：

手机号：18523895594

知情同意书版本号: 1.1, 2019-04-23; 日期: 2019-04-23

我确认已向患者解释了本试验的详细情况, 包括其权利以及可能的受益和风险, 并给其一份签署过的知情同意书副本。

医生签名: 范青峰 2020年12月21日

医生工作电话: 13637956050 手机号:

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：[Signature] 2021年2月9日

身份证号码：512326197209010845

患者联系电话：13500389187 手机号：

知情同意书版本号: 1.1, 2019-04-23; 日期: 2019-04-23

知情同意书签字页

试验名称: 益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位: 重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号:

重庆市中医院伦理批件号: 2019-ky-25

同意声明:

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍,并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的,我确认已有充足的时间对此进行考虑,而且明白:

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

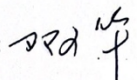
②我可以随时退出本研究,而不会受到歧视或不公正待遇,医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚,如果我中途退出本研究,特别是由于药物的原因使我退出研究时,我将病情变化告诉医生,完成相应的体格检查和理化检查,这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗,我会事先征求医生的意见,或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后,我决定同意参加本项研究。

患者签名:  2019年5月15日

身份证号码: 510402197103183046

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：陈钢 2020年11月20日

身份证号码 512225196512059733

患者联系电话 13709443888 手机号：

知情同意书签字页

试验名称：益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：张杰 2021年2月6日

身份证号码：510212195710073116

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：李吉平 2024年2月6日

身份证号码：510502196301131424

患者联系电话：

手机号：13368189566

知情同意书版本号：1.1，2019-04-23；日期：2019-04-23

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：陈淑兰 2021年1月13日

身份证号码：510211195601030022

患者联系电话：17316745300 手机号：

知情同意书签字页

试验名称: 益胃消瘀颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位: 重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号:

重庆市中医院伦理批件号: 2019-ky-25

同意声明:

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍, 并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的, 我确认已有充足的时间对此进行考虑, 而且明白:

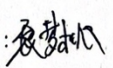
- ①我可以随时向医生咨询更多的信息。
- ②我可以随时退出本研究, 而不会受到歧视或不公正待遇, 医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚, 如果我中途退出本研究, 特别是由于药物的原因使我退出研究时, 我若将病情变化告诉医生, 完成相应的体格检查和理化检查, 这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗, 我会事先征求医生的意见, 或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后, 我决定同意参加本研究。

患者签名:  2021 年 6 月 6 日

身份证号码: 511221198207081354

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：程心明 2021年6月8日

身份证号码：512221195803167013

患者联系电话：18923833883 手机号：

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

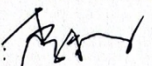
①我可以随时向医生咨询更多的信息。 ②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名： 2019年3月17日

身份证号码：511324197901286692

患者联系电话：13708399321 手机号：

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：许利 2021年3月17日

身份证号码：500109198407070420

患者联系电话：13500316811 手机号：

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

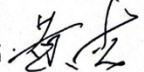
①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名： 2021年4月21日

身份证号码：510211196201030618

患者联系电话：手机号：13708368237

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：  2020 年 9 月 13 日

身份证号码：510226197107245914

患者联系电话：15658314632 手机号：

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：刘祖华 2021年3月10日

身份证号码：510212195808233827

患者联系电话：

手机号：18623740823

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：张忠良 2020年8月27日

身份证号码：512225195311131116

患者联系电话：13996674240 手机号：

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：孙群 2020年12月30日

身份证号码：510522195803240146

患者联系电话：17774980729 手机号：

知情同意书签字页

试验名称: 慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位: 重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号:

重庆市中医院伦理批件号: 2019-ky-24

同意声明:

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍,而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的,我确认已有充足的时间对此进行考虑,而且明白:

①我可以随时向医生咨询更多的信息。 ②我可以随时退出本研究,而不会受到歧视或不公正待遇,医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚,如果我中途退出本研究,特别是由于药物的原因使我退出研究时,我若将病情变化告诉医生,完成相应的体格检查和理化检查,这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗,我会事先征求医生的意见,或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后,我决定同意参加本研究。

患者签名: 蒋伟 2021年2月8日

身份证号码: 51122419811245591

患者联系电话:

手机号: 15870426699

知情同意书签字页

试验名称：益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：颜志刚 2021年5月7日

身份证号码：500107198509041214

13896121187

知情同意书签字页

试验名称：益胃消瘀颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：YH/JS 2020年11月27日

身份证号码：511224195609015575

18580471230

知情同意书签字页

试验名称: 益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位: 重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号:

重庆市中医院伦理批件号: 2019-ky-25

同意声明:

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍,并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的,我确认已有充足的时间对此进行考虑,而且明白:

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

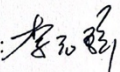
②我可以随时退出本研究,而不会受到歧视或不公正待遇,医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚,如果我中途退出本研究,特别是由于药物的原因使我退出研究时,我将病情变化告诉医生,完成相应的体格检查和理化检查,这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗,我会事先征求医生的意见,或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后,我决定同意参加本研究。

患者签名:  2019年6月26日

身份证号码: 510211196212123940

13368189566

知情同意书签字页

试验名称: 益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位: 重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号:

重庆市中医院伦理批件号: 2019-ky-25

同意声明:

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍, 并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的, 我确认已有充足的时间对此进行考虑, 而且明白:

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

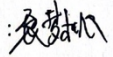
②我可以随时退出本研究, 而不会受到歧视或不公正待遇, 医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚, 如果我中途退出本研究, 特别是由于药物的原因使我退出研究时, 我若将病情变化告诉医生, 完成相应的体格检查和理化检查, 这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗, 我会事先征求医生的意见, 或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后, 我决定同意参加本项研究。

患者签名:  2021 年 6 月 6 日

身份证号码: 511224198207081354 15025416678

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。 ②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：张燕 2021年2月6日

身份证号码：张燕 510212195711073116

患者联系电话：13594646930 手机号：

知情同意书版本号：1.1，2019-04-23；日期：2019-04-23

知情同意书签字页

试验名称：益胃消瘀颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：陈钢 2020年11月20日

身份证号码：512225196812059733

137094438888

知情同意书签字页

试验名称：益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：[Signature] 2021年5月15日

身份证号码：510402197103183046

18084035952

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。 ②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：莫峰 2020年6月5日

身份证号码：510229197005236510

患者联系电话：

手机号：18629188839

知情同意书签字页

试验名称: 益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位: 重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号:

重庆市中医院伦理批件号 2019-ky-25

同意声明:

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍,而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的,我确认已有充足的时间对此进行考虑,而且明白:

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究,而不会受到歧视或不公正待遇,医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚,如果我中途退出本研究,特别是由于药物的原因使我退出研究时,我将病情变化告诉医生,完成相应的体格检查和理化检查,这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗,我会事先征求医生的意见,或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后,我决定同意参加本项研究。

患者签名: 杨秀英 2019年12月18日

身份证号码: 513701198411181621

15310080973

知情同意书版本号: 1.1, 2019-04-23; 日期: 2019-04-23

患者联系电话: 13983017308 手机号:

我确认已向患者解释了本试验的详细情况, 包括其权利以及可能的受益和风险, 并给其一份签署过的知情同意书副本。

医生签名: 范青峰 2021年05月04日

医生工作电话:

手机号: 13637956050

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：鄧永萍 2020年1月8日

身份证号码：51021011195805130623

患者联系电话：13640558966 手机号：

知情同意书签字页

试验名称：益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：郑彩霞 2019年7月2日

身份证号码：500242198609068689

18996315941

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：杨辉 2020 年9月8日

身份证号码：512322196401250021

患者联系电话： 手机号：17323980701

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：王吉平 2021 年1月20日

身份证号码：5010224196611299064

患者联系电话：

手机号：15922807478

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：[Signature] 2020年08月18日

身份证号码：51021011196608290798

患者联系电话： 手机号：18983232686

知情同意书签字页

试验名称: 慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位: 重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号:

重庆市中医院伦理批件号: 2019-ky-24

同意声明:

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍,而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的,我确认已有充足的时间对此进行考虑,而且明白:

①我可以随时向医生咨询更多的信息。 ②我可以随时退出本研究,而不会受到歧视或不公正待遇,医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚,如果我中途退出本研究,特别是由于药物的原因使我退出研究时,我若将病情变化告诉医生,完成相应的体格检查和理化检查,这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的治疗,我会事先征求医生的意见,或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后,我决定同意参加本研究。

患者签名: 杨不英 2021年2月6日

身份证号码: 510622197011255424

患者联系电话:

手机号: 17338387228

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：杨万平 2021年2月17日

身份证号码：1582510224195302264955

患者联系电话：15823735440 手机号：

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：叶凯强 2019年8月10日

身份证号码：510224196908223036

患者联系电话：

手机号：13983351480

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：于天贵 2020年6月18日

身份证号码：510212195101242164

患者联系电话：

手机号：13368281951

知情同意书签字页

试验名称：益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：陈节 2021年3月10日

身份证号码：50011219860921462X

13983037705

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。 ②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：  2021年2月21日

身份证号码： 620102196006280215

患者联系电话： 15009472839 手机号：

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：王秀华 2021年1月18日

身份证号码：51025197308087764

患者联系电话：

手机号：15178873802

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：谭兴新 2021年5月7日

身份证号码：512322196407273574

患者联系电话：18896041919 手机号：

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

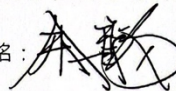
①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名： 2019年4月1日

身份证号码：50023419880802035

患者联系电话：13883184805 手机号：

知情同意书版本号：1.1，2019-04-23；日期：2019-04-23

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：[Signature] 2021年1月8日

身份证号码：510203197505170972

患者联系电话：13908324823 手机号：

知情同意书签字页

试验名称：益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：2020年6月7日

身份证号码：510232196208198028

15023157843.

知情同意书签字页

试验名称：益胃消瘀颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：余晓心 2019年6月8日

身份证号码：50202197410012123 18623405192

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。 ②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：鲁芳华 2020年3月29日

身份证号码：510202195406124449

患者联系电话：13193125518 手机号：

知情同意书签字页

试验名称: 慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位: 重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号:

重庆市中医院伦理批件号: 2019-ky-24

同意声明:

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍, 并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的, 我确认已有充足的时间对此进行考虑, 而且明白:

①我可以随时向医生咨询更多的信息。 ②我可以随时退出本研究, 而不会受到歧视或不公正待遇, 医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚, 如果我中途退出本研究, 特别是由于药物的原因使我退出研究时, 我若将病情变化告诉医生, 完成相应的体格检查和理化检查, 这将对我和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗, 我会事先征求医生的意见, 或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后, 我决定同意参加本项研究。

患者签名: 姜明 2019年2月23日

身份证号码: 500105198811084538

患者联系电话: 18580309997 手机号:

知情同意书签字页

试验名称: 慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位: 重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号:

重庆市中医院伦理批件号: 2019-ky-24

同意声明:

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍,而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的,我确认已有充足的时间对此进行考虑,而且明白:

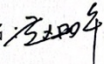
①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究,而不会受到歧视或不公正待遇,医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚,如果我中途退出本研究,特别是由于药物的原因使我退出研究时,我若将病情变化告诉医生,完成相应的体格检查和理化检查,这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗,我会事先征求医生的意见,或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后,我决定同意参加本项研究。

患者签名:  2020 年12月24日

身份证号码: 510223196706272415

患者联系电话: 15923912011 手机号:

知情同意书签字页

试验名称: 慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位: 重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号:

重庆市中医院伦理批件号: 2019-ky-24

同意声明:

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍,而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的,我确认已有充足的时间对此进行考虑,而且明白:

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究,而不会受到歧视或不公正待遇,医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚,如果我中途退出本研究,特别是由于药物的原因使我退出研究时,我若将病情变化告诉医生,完成相应的体格检查和理化检查,这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗,我会事先征求医生的意见,或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后,我决定同意参加本项研究。

患者签名: 李忠宏 2020年5月14日

身份证号码: 510213195404122027

患者联系电话:

手机号: 13983105019

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：董长明 2019年5月2日

身份证号码：5168119880620018

患者联系电话：1523026989 手机号：

知情同意书签字页

试验名称: 慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位: 重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号:

重庆市中医院伦理批件号: 2019-ky-24

同意声明:

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍,而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的,我确认已有充足的时间对此进行考虑,而且明白:

①我可以随时向医生咨询更多的信息。 ②我可以随时退出本研究,而不会受到歧视或不公正待遇,医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚,如果我中途退出本研究,特别是由于药物的原因使我退出研究时,我若将病情变化告诉医生,完成相应的体格检查和理化检查,这将对本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗,我会事先征求医生的意见,或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后,我决定同意参加本研究。

患者签名: 杨林 2020 年 12 月 23 日

身份证号码: 512322196709040020

患者联系电话: 13452587105 手机号:

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：[Signature] 2021年03月20日

身份证号码：342425197912244918

患者联系电话： 手机号：13308351515

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：叶楠 2021年4月6日

身份证号码：510221198308080019

患者联系电话：手机号：13547824766

知情同意书签字页

试验名称: 益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位: 重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号:

重庆市中医院伦理批件号: 2019-ky-25

同意声明:

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍,并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的,我确认已有充足的时间对此进行考虑,而且明白:

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究,而不会受到歧视或不公正待遇,医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚,如果我中途退出本研究,特别是由于药物的原因使我退出研究时,我若将病情变化告诉医生,完成相应的体格检查和理化检查,这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗,我会事先征求医生的意见,或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后,我决定同意参加本研究。

患者签名:  2021年3月 1日

身份证号码: 500382198709139198 13062383068

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：[Signature] 2021年3月24日

身份证号码：410423196910164515

患者联系电话： 手机号：15723128895

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：付一波 2021年5月4日

身份证号码：500224198809222852

患者联系电话：18523839651，手机号：

知情同意书版本号：1.1，2019-04-23；日期：2019-04-23

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：付红霞 2020年6月11日

身份证号码：512221195204210024

患者联系电话：

手机号：13164447089

知情同意书签字页

试验名称: 慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位: 重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号:

重庆市中医院伦理批件号: 2019-ky-24

同意声明:

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍, 并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的, 我确认已有充足的时间对此进行考虑, 而且明白:

①我可以随时向医生咨询更多的信息。 ②我可以随时退出本研究, 而不会受到歧视或不公正待遇, 医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚, 如果我中途退出本研究, 特别是由于药物的原因使我退出研究时, 我若将病情变化告诉医生, 完成相应的体格检查和理化检查, 这将对本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗, 我会事先征求医生的意见, 或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后, 我决定同意参加本研究。

患者签名: 陈久庆 2020年7月2日

身份证号码: 130922195606120031

患者联系电话: 手机号: 18184788706

知情同意书签字页

试验名称：益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：贺家文 2021年8月13日

身份证号码：510231196901126878

13996680086

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：代海茹 2021 年 4 月 21 日

身份证号码：510130196310283825

患者联系电话：

手机号：15826092867

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督总局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：周厚成 2020年6月11日

身份证号码：51022195411213828

患者联系电话：

手机号：13452181528

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

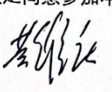
①我可以随时向医生咨询更多的信息。 ②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：  2020年9月23日

身份证号码：510211196905212117

患者联系电话：13635400411 手机号：

知情同意书签字页

试验名称：慢性萎缩性胃炎中医防治方案研究

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-24

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，并且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我若将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本项研究。

患者签名：陈强 2021年04月02日

身份证号码：510224197211151970

患者联系电话： 手机号：15023309289

知情同意书签字页

试验名称: 益胃消痞颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位: 重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号:

重庆市中医院伦理批件号: 2019-ky-25

同意声明:

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍,而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的,我确认已有充足的时间对此进行考虑,而且明白:

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究,而不会受到歧视或不公正待遇,医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚,如果我中途退出本研究,特别是由于药物的原因使我退出研究时,我若将病情变化告诉医生,完成相应的体格检查和理化检查,这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗,我会事先征求医生的意见,或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后,我决定同意参加本研究。

患者签名: 欧文 2021 年 6 月 28 日

身份证号码: 512928196511257911

13896089369

知情同意书签字页

试验名称：益胃消瘀颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察

申办单位：重庆市中医院脾胃病科

国家临床研究批件号：

重庆市中医院伦理批件号：2019-ky-25

同意声明：

我已经阅读了上述有关本研究项目的介绍，而且有机会就此项研究与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我知晓参加研究是自愿的，我确认已有充足的时间对此进行考虑，而且明白：

①我可以随时向医生咨询更多的信息。

②我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或不公正待遇，医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚，如果我中途退出本研究，特别是由于药物的原因使我退出研究时，我将病情变化告诉医生，完成相应的体格检查和理化检查，这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化我需要采取任何其他的药物治疗，我会事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。同时我允许国家食品药品监督管理局、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后，我决定同意参加本研究。

患者签名：王 之 群 年6月17日

身份证号码：510224196907247249

13452369029.