

# 知情同意书

患者：

我们邀请您参加“肾脏内科组织标本库建立”这一科学研究。

在您决定是否参加这项研究之前，请尽可能仔细阅读以下内容，它将帮助您了解该项研究，如果您愿意，您也可以和您的亲属、朋友一起讨论，或者请您的医生给予解释，帮助您做出决定。

## (1) 研究背景和研究目的

生命科学是公认的最为深奥与复杂的科学，由于其研究对象为人体本身，这就造成了实验材料的难获取及珍稀性，然而缺乏有效的实验材料，必然使得医学发展裹足不前。现有医学的进步与成就，离不开无数患者的无私奉献。同时，正是由于他们的无私奉献才使您现在能享受到最为系统、有效、规范的治疗。现在，我们热切的希望您也能加入到这个群体当中，为人类早日攻克肾脏科疑难疾病贡献自己的一份力量。

“肾内科组织标本库”在伦理委员会监督及同意下，由中国医科大学肾病研究所及中国医科大学附属第一医院肾脏内科承担建立。该项目的主要目标是系统收集、整理和保存肾活检病变肾组织以及血清、尿液等资源，为后续的科学研究提供科学高效的资源平台。

## (2) 您需要进行的事项

您同意将您的离体组织（包括肾活检肾组织标本、血清、尿液）无偿提供给肾脏内科组织标本库，供科研人员用于科学研究。

## (3) 参加研究可能的收益

在您的配合下，肾内科疾病有可能得到进一步的研究，在不远的将来，您和整个社会都可能从本项研究中获得收益。

## (4) 个人信息保护

您的医疗记录将完整的保存在指定数据库中。您的资料只能在伦理委员会和卫生监督管理部门监督下，由研究者查看。任何基于本组织标本库的研究结果的公开报告将不会披露您的个人身份。在法律允许的范围内，我们将确保您的个人医疗隐私不泄露。

(5) 尽管此项工作非常有意义，同时对您几乎不会造成任何额外的负担与影响，但是是否参加研究完全取决于您的自愿。您可以拒绝参加此项研究，这不会影响您和医生间的关系，不会影响对您的医疗或有其他方面利益的损失。

# 同意声明

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，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。

我知道参加本研究是自愿的，我确认已有充足时间对此进行考虑。

我同意研究者、伦理委员会或卫生监督管理部门查阅我的研究资料。

患者或家属签名：

住院号（六位）：\_\_\_\_\_

病案号（七位）：\_\_\_\_\_

医生声明

我确认已向患者解释了本项目的详细情况。

医生签名：

日期： 年 月 日

# 知情同意书

患者：

我们邀请您参加“泌尿外科组织标本库建立”这一科学研究。

在您决定是否参加这项研究之前，请尽可能仔细阅读以下内容，它将帮助您了解该项研究，如果您愿意，您也可以和您的亲属、朋友一起讨论，或者请您的医生给予解释，帮助您做出决定。

## (1) 研究背景和研究目的

生命科学是公认的最为深奥与复杂的科学，由于其研究对象为人体本身，这就造成了实验材料的难获取及珍稀性，然而缺乏有效的实验材料，必然使得医学发展裹足不前。现有医学的进步与成就，离不开无数患者的无私奉献。同时，正是由于他们的无私奉献才使您现在能享受到最为系统、有效、规范的治疗。现在，我们热切的希望您也能加入到这个群体当中，为人类早日攻克泌尿外科疑难疾病贡献自己的一份力量。

“泌尿外科组织标本库”在伦理委员会监督及同意下，由中国医科大学泌尿外科研究所及中国医科大学附属第一医院泌尿外科承担建立。该项目的主要目标是系统收集、整理和保存泌尿及男性生殖系统病变组织资源，为后续的科学研究提供科学高效的资源平台。

## (2) 您需要进行的事项

您同意将您的离体组织（包括手术切除标本、体腔液、外周血等）无偿提供给泌尿外科组织标本库，供科研人员用于科学研究。

## (3) 参加研究可能的收益

在您的配合下，泌尿及男生殖系统疾病有可能得到进一步的研究，在不远的将来，您和整个社会都将可能从本项研究中获得收益。

## (4) 个人信息保护

您的医疗记录将完整的保存在指定数据库中。您的资料只能在伦理委员会和卫生监督管理部门监督下，由研究者查看。任何基于本组织标本库的研究结果的公开报告将不会披露您的个人身份。在法律允许的范围内，我们将确保您的个人医疗隐私不泄露。

## (5) 尽管此项工作非常有意义，同时对您几乎不会造成任何额外的负担与影响，但是是否参加研究完全取决于您的自愿。您可以拒绝参加此项研究，这不会影响您和医生间的关系，不会影响对您的医疗或有其他方面利益的损失。

# 同意声明

我已经阅读了上述有关本研究的介绍，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。

我知道参加本研究是自愿的，我确认已有充足时间对此进行考虑。

我同意研究者、伦理委员会或卫生监督管理部门查阅我的研究资料。

患者或家属签名：

住院号（六位）：\_\_\_\_\_

病案号（七位）：\_\_\_\_\_

医生声明

我确认已向患者解释了本项目的详细情况。

医生签名：

日期： 年 月 日