

样本编号：_____

首都医科大学附属北京安贞医院

患者样本资料使用知情同意书

患者姓名：_____ 住院号：_____

证件类型：_____ 证件号：_____ 医保号：_____

为什么需要使用我的样本资料？

心血管疾病是威胁我国民众健康的首位杀手, 在其诊治方面有大量未解决的难题。为改善患者健康, 需利用生物样本和临床资料展开病因、遗传代谢和诊疗技术评价等方面的医学研究。

我需要做什么？

您在首都医科大学附属北京安贞医院就诊期间, 我们将采集您的血、尿、便、组织等各种生物样本以及影像学等资料用于您的诊断和治疗; 在您出院后, 我们将以电话、信件等方式对您进行随访, 以了解您的恢复情况。如果您同意, 在完成相应的诊疗后, 这些资料可能还会用于将来的医学研究, 这不会对您造成额外伤害。

我同意有何风险？

您的资料采集属于常规临床诊疗操作, 严格按照诊疗规范进行, 对您的随访仅收集必要的信息, 不会额外增加您的风险。

谁将获得我的样本和信息？

我们将严格按照国家相关规定保存及使用您的样本资料和个人信息。得到批准的研究者可获得您的样本和匿名的临床及随访信息用于研究。您的个人隐私信息将被严格保密。将来研究结果的报告不会涉

及任何您的个人信息。

我的权力

无论您是否同意使用样本资料和临床及随访资料，均不会影响您在院期间的临床诊疗过程。您可以在任何时间拒绝我们的随访。您不会因为签署知情同意书而失去法律赋予的任何合法权利。

签署

我已经认真阅读并理解上述内容，我自愿提供样本资料用于医学研究。

| | | |
|------------|-------|-------|
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |
| 患者姓名 | 签名 | 日期 |
| | | |
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |
| 未成年患者监护人姓名 | 签名 | 日期 |
| | | |
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |
| 医师 | 签名 | 日期 |