

知情同意书

尊敬的患者：

目前，人类许多疾病的病因和发病机制不明，缺乏有效的治疗手段。

您住院期间由于疾病原因可能需要进行部分化验和检查，可用于相关疾病的研究，以增进对疾病的认知，为提高疾病诊治水平提供线索。同时，我科室的工作人员可能会对您进行书面或口头的问卷调查，并在您出院一段时间内对您进行随访，如果一旦有关您疾病的新知识，可能对您的后续治疗产生影响，我们将及时通知您。对您的问卷调查、随访及标本的处理不会使您受到额外的伤害，您也无需为此支付任何费用。所有有关您的医学信息也将保密，未经您的允许，无关人员不能接触或获得这些相关信息。

您有权不接受问卷调查及随访，也有权不同意使用您的检验检查结果进行相关研究。签署同意后，您有权在任何时间撤回您的同意。无论您同意或不同意上述事项，均不会对您在住院期间的诊疗发生影响，也不会影响您和医生的关系。

如果您同意接受问卷调查及随访，请您签字。我们感谢您对疾病研究做出的贡献！

我已详细阅读上述知情同意书，并同意接受问卷调查及随访，我已了解自己的相关权益。

刘彩霞
患者/监护人签名

李明江
(姓) 电话

13884795331 日期 2014.11.11

医生签名 冯灵义

日期 2014.11.11