

## 知情同意书

(仅对观察性研究)

尊敬的病友：

首先，非常感谢您对我们医院的信任。

在您住院期间，我们会邀请您参加一些课题的观察性研究，为尽量避免您在住院期间受打扰的次数，特向您提前告知以下内容。您参加这些研究纯属自愿，也就是说您既可以选择参加，也可以选择不参加。研究团队将会为您讲解本信息告知书，并解答您的任何疑问。

1. 观察性研究是指：在自然状态下对研究对象的特征进行观察、记录，并对结果进行描述和对比分析。在研究中，不向研究对象施加任何实验因素（干预因素）。例如会使用到您的血液、尿液、大便及痰液等分泌物、本身疾病原因必须切除的病理标本以及血压、脉搏等指数来进行分析和观察。

2. 这些观察性研究不会对您的身心造成额外的负担和伤害，不会因此发生任何不良反应。

3. 您有权拒绝签署这份知情同意书，这不会影响您此次的任何诊疗。

4. 您的医疗记录将保存在医院，研究者、研究主管部门、伦理委员会将被允许查阅您的医疗记录。任何有关本项研究结果的公开报告将不会披露您的个人身份。我们将在法律允许的范围内，尽一切努力保护您个人医疗资料的隐私。

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人声明：我已经阅读了上述有关本研究的介绍，对参加本研究可能产生的风险和受益充分了解。我自愿参加这些研究。

患者（家属或委托人）签名：江新平 与患者关系：

患者手机号：13488590665 日期：2016 年 3 月 22 日

医生声明：我确认已向患者解释了以上内容的详细情况，特别是参加本研究可能产生的风险和受益。

医生签名：黄庆荣 日期：2016 年 3 月 22 日

医生的联系电话：

## 知情同意书

(仅对观察性研究)

尊敬的病友：

首先，非常感谢您对我们医院的信任。

在您住院期间，我们会邀请您参加一些课题的观察性研究，为尽量避免您在住院期间受打扰的次数，特向您提前告知以下内容。您参加这些研究纯属自愿，也就是说您既可以选择参加，也可以选择不参加。研究团队将会为您讲解本信息告知书，并解答您的任何疑问。

1. 观察性研究是指：在自然状态下对研究对象的特征进行观察、记录，并对结果进行描述和对比分析。在研究中，不向研究对象施加任何实验因素（干预因素）。例如会使用到您的血液、尿液、大便及痰液等分泌物、本身疾病原因必须切除的病理标本以及血压、脉搏等指数来进行分析和观察。

2. 这些观察性研究不会对您的身心造成额外的负担和伤害，不会因此发生任何不良反应。

3. 您有权拒绝签署这份知情同意书，这不会影响您此次的任何诊疗。

4. 您的医疗记录将保存在医院，研究者、研究主管部门、伦理委员会将被允许查阅您的医疗记录。任何有关本项研究结果的公开报告将不会披露您的个人身份。我们将在法律允许的范围内，尽一切努力保护您个人医疗资料的隐私。

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人声明：我已经阅读了上述有关本研究的介绍，对参加本研究可能产生的风险和受益充分了解。我自愿参加这些研究。

患者（家属或委托人）签名：何松珠 与患者关系：

患者手机号：13321738106 日期：2016年7月5日

医生声明：我确认已向患者解释了以上内容的详细情况，特别是参加本研究可能产生的风险和受益。

医生签名：黄庆荣 日期：2016年8月5日

医生的联系电话：

知情同意书  
(仅对观察性研究)

尊敬的病友:

首先,非常感谢您对我们医院的信任。

在您住院期间,我们会邀请您参加一些课题的观察性研究,为尽量避免您在住院期间受打扰的次数,特向您提前告知以下内容。您参加这些研究纯属自愿,也就是说您既可以选择参加,也可以选择不参加。研究团队将会为您讲解本信息告知书,并解答您的任何疑问。

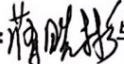
1. 观察性研究是指:在自然状态下对研究对象的特征进行观察、记录,并对结果进行描述和对比分析。在研究中,不向研究对象施加任何实验因素(干预因素)。例如会使用到您的血液、尿液、大便及痰液等分泌物、本身疾病原因必须切除的病理标本以及血压、脉搏等指数来进行分析和观察。

2. 这些观察性研究不会对您的身心造成额外的负担和伤害,不会因此发生任何不良反应。

3. 您有权拒绝签署这份知情同意书,这不会影响您此次的任何诊疗。

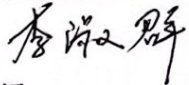
4. 您的医疗记录将保存在医院,研究者、研究主管部门、伦理委员会将被允许查阅您的医疗记录。任何有关本项研究结果的公开报告将不会披露您的个人身份。我们将在法律允许的范围内,尽一切努力保护您个人医疗资料的隐私。

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人声明:我已经阅读了上述有关本研究的介绍,对参加本研究可能产生的风险和受益充分了解。我自愿参加这些研究。

患者(家属或委托人)签名:  与患者关系:

患者手机号: 17774842167 日期: 2016年 8月 26日

医生声明:我确认已向患者解释了以上内容的详细情况,特别是参加本研究可能产生的风险和受益。

医生签名:  日期: 2016年 8月 26日

医生的联系电话: