

参与临床医学研究知情同意书

课题名称:

课题来源:

合同号:

患者姓名: 性别: 年龄:

联系地址: 广西桂林市秀峰区乐群路 20 号

联系电话: 0773-2824373

我在医院诊治期间,课题组会采集并保存我的部分组织和外周血样本,对病情进行跟踪观察,所取标本仅用于医学研究,无任何商业目的,同时也不需支付任何费用。并具有充分的隐私权,样本和所有信息的采集都将在法律允许的范围内实行全面的保密。我参与临床医学研究是完全自愿的。

我同意接受课题组对部分病理组织或外周血样本的采集和保存,同意对病情进行跟踪观察,并同意用于医学研究。

患者或法定代理人签名:

课题成员签名:

2016 年 7 月 26 日

2016 年 7 月 26 日