

## 知情同意书签字页

研究名称: BDNF V66M 基因多态性与老年 2 型糖尿病患者认知功能障碍相关性研究

项目负责单位: 首都医科大学宣武医院综合科

### 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。

我知道参加本研究可能产生的风险和受益, 我知晓参加研究是自愿的, 我确认已有充足时间对此进行考虑, 而且明白:

- 我可以随时向医生咨询更多的信息。
- 我可以随时退出本研究, 而不会受到歧视或不公正待遇, 医疗待遇与权益不会受到影响。

我同样清楚, 如果我中途退出研究, 我若将病情变化告诉医生, 完成相应的体格检查和理化检查, 这将对本人和整个研究十分有利。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本, 同时我允许国家相关部门、伦理委员会及相关研究人员审阅记录。

最后, 我决定同意参加本研究。

患者签名: [Signature]

患者联系电话: [Phone Number] 手机号: [Mobile Number] 2019 年 11 月 8 日

(如有法定代理人, 请填写下方内容)

法定代理人签名: \_\_\_\_\_ 与患者关系: \_\_\_\_\_

联系电话: \_\_\_\_\_ 手机号: \_\_\_\_\_ 年 月 日

(如有监护人, 请填写下方内容)

监护人签名: \_\_\_\_\_ 与患者关系: \_\_\_\_\_

联系电话: \_\_\_\_\_ 手机号: \_\_\_\_\_ 年 月 日

我确认已向患者解释了本试验的详细情况, 包括其权利以及可能的受益和风险, 并给其一份签署过的知情同意书副本。

医生签名: [Signature] 日期: 2019 年 11 月 8 日

医生的工作电话: [Work Phone] 手机号: [Mobile Number]

首都医科大学宣武医院伦理委员会办公室联系电话: 010 83199270