

受试者须知

方案名称：动脉栓塞术成功治疗贝赫切特病相关的自发性脾破裂

研究者：纪东华主任医师、朱光照住院医师

██████ (受试者姓名) 将被邀请参加一项临床研究。本知情同意书提供给您一些信息以帮助您决定是否参加此项临床研究。请您仔细阅读，如有任何疑问请向负责该项研究的研究者提出。

您参加本项研究是自愿的。

本研究将用于在专业医学期刊公开发表，供医学专业人士学习、参考。

如果您决定参加本项研究，您在本次治疗中的个人资料均属保密，除以下医学研究外，未经您本人同意，均不能对他人公开。这些医学研究包括：负责研究的医师及其他研究人员将使用您的医疗信息进行研究，这些信息可能包括您的姓名、地址、电话号码、病史及在您研究来访时得到的信息等；为确保研究按照规定进行，必要时，药品监督管理部门、伦理委员会或申办者方的工作人员按规定可以在研究单位查阅您的个人资料。

您可以选择不参加本项研究，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，您的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

您可随时了解与本研究有关的信息资料，如果您有与本研究有关的问题，或您发生了与研究相关的损伤，或有关于本项研究参加者权益方面的问题您可以通过18098874220电话与朱光照医师联系，也可以与大连医科大学附属第一医院伦理委员会联系。

知情同意书

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项研究是自愿的。

我可以选择不参加本项研究，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守研究计划，或者发生了与研究相关的损伤或者有任何其它原因，可以不经我同意而被研究者要求退出本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者正楷姓名：[REDACTED]

受试者本人签字：[REDACTED] 日期：2021年11月1日

研究者正楷姓名：朱光照

研究者签名：[REDACTED] 日期：2021年11月1日