

知情同意书·同意签字页

临床研究项目名称: 思连康联合艾司奥美拉唑钠治疗幽门螺杆菌相关性胃炎疗效及对 NF-kB 炎症信号通路的影响

课题组织单位: 湖州市第三人民医院
临床研究中心编号: □□

同意声明

我已经阅读了上述有关本研究的介绍, 而且有相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更多的信息。

我可以随时退出本研究, 而不会受到歧视或报复, 医疗特遇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, 我会将病情变化告诉医生, 完成相应的检查, 这将对我本人和整个研究十分有利。

如果因病情变化, 我需要采取任何其他药物治疗, 我会在事先征求医生的意见, 或在事后如实告诉医生。

我同意“中医药行业科研专项”课题组办公室、研究者或研究者助理、伦理委员会代表及医疗管理部门查阅我的研究资料。

我同意 ☒ 或拒绝 ☐ 除本研究以外的其他研究利用我的医疗记录。

我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。

最后, 我决定同意参加本项研究, 并保证尽量遵从医嘱。

我确认

☒ 我已经充分理解知情同意书, 对不明白的问题都已经得到了满意的答复, 并自愿参加本项研究。

☒ 我已经在知情同意书上签字并收到了知情同意书的副本。

患者签名: [] 日期: 2020 年 11 月 25 日

患者身份证号: [] 患者联系电话: []

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: [] 日期: 2020 年 11 月 25 日

医生的工作电话: 0572-2132381 手机号: 13857258040

受试者投诉管理部门: 湖州市第三人民医院伦理委员会 电话: XXXXXX

