**患者知情同意书**

我 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（患者姓名）

* 已经读过PROBESE患者信息表
* 已经提出自己的疑问并获得满意的答案。
* 已经获得关于研究的充分的信息
* 已经有此表的副本。

我已经和\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（研究者姓名）谈话并了解我参与这一试验不会影响我接受的医疗服务。

我了解我参与这一试验是自愿的。我了解我在任何时候都可以退出研究：

* 当我有退出的意愿时
* 无须表明原因
* 我后续的治疗不会有任何不良的后果。

**我自愿签署同意书参与这一试验。**

日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 参与者签名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 研究者签名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_