

# 生物样本收集知情同意书

病案号: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_ 性别: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_ 科室: \_\_\_\_\_

## 一、致患者/近亲属/监护人

尊敬的患者:

感谢您对我院的信任, 并祝您早日恢复健康!

目前, 人类很多疾病的病因和发病机理不明, 缺乏有效的治疗手段, 天津中医药大学第一附属医院作为国家中医临床研究基地、国家临床医学研究中心, 开展临床医学研究, 进一步提高疾病的诊疗水平是我们义不容辞的责任。为了更多患者的健康, 在您的诊疗过程中, 出于诊治和研究相关疾病的目的, 我们会常规收集您的血液、尿液、组织、痰液等生物样本, 未来可能用于相关疾病研究, 以提高今后对该类疾病的诊治水平。这些研究不会使您马上获益, 但是科学研究的进步和医学知识的积累会进一步提高我国的医疗卫生水平。

使用这些标本进行研究不会使您受到伤害, 如果研究需要, 我们会查阅和使用您的病历信息, 同时我们在科研活动中将充分保护您的隐私。您有权不签署该知情同意书, 您也有权在任何时候撤回您已经签署的同意书。无论您是否同意, 均不会影响您在院期间的诊疗活动, 也不会影响您和医护人员的关系。

如果您同意, 请签字。非常感谢您对人类疾病研究做出的贡献, 并致以崇高的敬意!

## 二、患者/近亲属/监护人声明

我确认本人具备合法资格签署本同意书。

我已经仔细阅读以上条款并充分理解, 同意。

\_\_\_\_\_  
(患者/近亲属/监护人签名)\_\_\_\_\_  
(医生签名)\_\_\_\_\_  
(联系方式)\_\_\_\_\_  
(联系方式)\_\_\_\_\_  
(签字日期)\_\_\_\_\_  
(签字日期)