**知情同意书●知情告知页**

亲爱的患者：

您好！我们邀请您参加（新技术的名称）的医疗新技术。本技术已经得到广东省人民医院伦理审查委员会审核批准，同意进行本技术的开展。在您决定是否参加本项新技术之前，请您仔细阅读以下内容。它可以帮助您了解该项技术的意义、目的和方案，参加新技术后可能给您带来的益处、风险和不适。在您阅读并和技术人员讨论知情同意书时，您可以随时提问并要求他/她向您解释您不明白的地方。

**一、技术简介和国内外应用情况**

*1.介绍本项目的基本内容，包括是什么技术/项目，怎么做，国内外的发展现状如何，优缺点分别是什么等 ；*

*2.结合项目内容，紧密围绕对该患者所患疾病的认识水平/诊断现状/治疗现状等简要介绍项目背景；*

*3. 结合项目的背景和题目适当解释给予该患者临床应用的目的。*

*4.本院相关科室具备开展本技术/项目的条件，如人员参与过相关的培训并获得资质，有相关的仪器设备，获得医院和相关管理部门的批准等。*

**二、本项新技术新项目的实施过程**

*新技术的简介和过程*

*（包括新技术内容、持续过程与期限、需何种检查操作、会进行哪些检测和评估，等――语言要求通俗易懂）。*

**三、技术的获益和风险**

*获益：（根据实际情况说明患者可能的获益。）*

*1.*

*2.*

*3.*

*风险：（药物或操作已预知及未预知的不良反应、过程中的检查等可能造成的风险与不适，语言通俗易懂，内容尽量详细。目的能使不具备任何医学知识的患者理解。）*

*1.*

*2.*

*3.*

如果在新技术新项目治疗中出现任何不适，或病情发生新的变化或任何意外情况，不管是否与医疗新技术/项目有关，均应及时通知您的医生，他/她将对此作出判断和医疗处理。

医生将尽全力预防和治疗由于本技术/项目可能带来的伤害。该伤害涉及的补偿或赔偿按中国法律处理。

**四、相关费用**

*（新技术/新项目所涉及的检查和治疗项目的费用需写清楚。）*

*本项目哪些检查、药物、手术为临床常规检查和治疗，不会增加患者临床常规诊疗以外的费用。*

**五、自愿参加**

参加本项新技术新项目是自愿的。您可以拒绝参加本项新技术新项目，也可以随时退出，且不会遭到歧视或报复，您的任何医疗待遇与权益不会因此受到影响。您可以和您的家人或者朋友讨论后再做决定。

**六、如果不参加此新技术/新项目，有没有其它替代治疗方案？**

您可以选择不参加本项新技术/新项目，这对您获得常规治疗不会带来任何不良影响。您不会因此受到任何歧视。目前针对您的健康情况，常规的治疗方法有......（*根据实际情况说明， 并分析利弊）。*

**七、隐私保密**

我们将在法律允许的范围内，尽一切努力保护您个人医疗资料的隐私。您的医疗记录（病历、检查报告等）将完整保存在医院。可以识别您身份的信息将不会透露给其他人员或团体，除非获得您的许可。必要时，政府管理部门或伦理审查委员会的成员按规定可以查阅您的医疗记录。任何有关本新技术新项目的公开报告，将不会披露您的个人身份。
**八、其他**

您可随时了解与本新技术有关的信息资料，如果您有与本新技术有关的问题，或您在临床治疗过程中发生了任何不适与损伤，或有关于本项新技术参加者权益方面的问题您可以通过（电话号码）与 （项目负责人或者有关人员姓名）联系。权益相关问题也可通过020-83525173与伦理审查委员会联系。

如果您自愿参加本项目，您需要签署知情同意书证明您已经了解本项目的相关信息并自愿参加本项目。

知情同意书●签字页

**医疗新技术项目名称：（新技术名称）**

**技术承担单位：**广东省人民医院

**同意声明**

我已经阅读了上述有关本新技术的介绍，而且有机会就此项新技术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。

我知道参加此新技术可能产生的风险和受益。我知晓参加此新技术是自愿的，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。
* 我可以退出本新技术，而不会受到歧视或报复，医疗待遇与权益不会受到影响。如果因病情变化我需要采取任何其他的治疗方案，我会在事先征求医生的意见，或在事后如实告诉医生。

我同意监督管理部门、伦理委员会或申办者代表查阅我检查及操作资料。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新技术，并保证尽量遵从医嘱。

患者签名： ＿＿ 年 ＿＿月 ＿＿日

联系电话（手机 1）：

联系电话（固话）：

我确认已向患者解释了此项新技术的详细情况，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： ＿ ＿ 年＿＿ 月＿＿ 日

医生的工作电话：020-83827812-XXXX

本技术负责医生：XX 联系电话：020-83827812-XXXX

本技术联系医生：XX 联系电话：020-83827812-XXXX

广东省人民医院伦理审查委员会 联系电话：020-83525173