**首都医科大学附属北京佑安医院**

**患者剩余生物样本开展医学研究知情同意书**

**您好：**

知情同意书是为征求您是否同意，允许首都医科大学附属北京佑安医院（以下简称佑安医院）为了开展医学教学和研究，收集并保存您的剩余生物样本，生物样本是指您在我院本次诊疗期间或以后（包括门诊、住院、急诊、随访等）的病历和健康等相关信息(简称“信息”)和常规诊疗过程中产生的样本（例如手术切除物、活检组织和细胞、粪便、血液、尿液、胸水、痰液等）(简称“样本”)。

剩余生物样本是您在正常检查后剩余的样本，不会给您增加额外采集和风险。您的个人隐私信息会被严格保密，请您仔细阅读以下的内容，以便于您做决定。

**一、收集信息和剩余样本的目的和意义**

收集并保存您的剩余样本，用于未来的医学教学和研究，有助于提高相关疾病的预防和诊治水平，可能帮助到包括您在内的相关人群，促进医学发展，提高人民健康水平。

**二、 信息和剩余样本的用途**

剩余生物样本的收集，不向您收取任何费用。未来，这些样本可能用于疾病的发生机制、发展进程、预后评估及检测方法等方面的研究。任何对信息和剩余样本的使用，均需通过首都医科大学附属北京佑安医院伦理委员会严格审查程序，以此保障您的权益，确保使用具备合理性、可行性，且符合伦理及相关法律规范。​

**三、可能的风险**

剩余生物样本的收集，不会给您带来风险，样本是在保障您正常实验室检查后剩余的样本，不会增加常规诊疗程序以外的样本采集操作。您的个人隐私信息会被严格保密、并通过隐去身份信息的方式进行研究。

**四、预期的获益**

由于目前无法得知可能的研究成果，您个人有可能不会因研究结果而获得任何医疗上的获益。但未来研究的结果可能会为您以及与您相似疾病的患者提示新的治疗方法或选择，这可能会给您及与您相似疾病的患者带来益处。

**五、拒绝和撤回同意**

您有权拒绝签署本知情同意书，拒绝签署本知情同意书不会影响您的任何权益，也不会因此受到差别对待或影响您的正常诊疗待遇。您可以随时无需理由撤回同意，如果您希望撤除信息的使用权，您可以随时联系当时向您告知信息的工作人员，届时您需要签署一份撤回捐赠的声明。我们将按您的要求立即销毁尚存留的信息和样本，不再继续使用。

**六、保障个人隐私的措施**

我们会在法律规定的范围内保护您的个人隐私，医学教学和研究主要涉及对疾病进行研究，不涉及您的个人隐私和可识别信息。我院会严格保护您的隐私和个人信息。

**七、研究对标本提供者及其亲属可能造成的影响**

本研究所得的结果不会对您或您的家属的健康造成影响。

知情同意声明

1.我已经阅读并理解了本知情同意书的全部内容。

2.我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

3.我理解参加本活动是自愿的并有随时无条件退出的权利，我的任何医疗待遇与权益不会因此受到影响。

4.我知道签署知情同意书并不意味可以免去任何费用、应尽责的事项。

5.我清楚签署知情同意书后如有疑问还可以咨询北京佑安医院伦理委员会的工作人员。（电话：盛老师、王老师 010-83997028 ）。

我 **□同意 □不同意** 保存并使用我的剩余样本用于医学教学和研究。

如同意我将授权佑安医院伦理委员会审核使用本人样本和信息的适当性。

患者签字（正楷签字）： 日期： 年 月 日

（注：如果患者者无行为能力/限制行为能力，则需监护人签名和签署日期）

监护人签字（正楷签字）： 日期： 年 月 日

与患者关系：

佑安医院告知信息者声明

我已经准确地向患者解释了知情同意书的全部内容，回答了其所提出的所有问题，并提供其一份签署过的知情同意书副本。

佑安医院告知信息者签字： 日期： 年 月 日