

年 月

年

受试者同意声明

我自愿参加“远程康复技术对青少年特发性脊柱侧弯居家运动管理方案的构建与实证研究”项目的研究。我已经阅读了有关本研究的介绍，并且有机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询更多的信息。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。

我同意伦理委员会或课题组代表查阅我的研究资料。

我将获得一份经过签名并注明日期的受试者同意声明。

我同意参加本项研究，并尽量遵从医嘱。

受试者签名：

日期： 年 月 日

受试者住院号/门诊病历号：

受试者联系电话：

受试者因无行为能力等原因不能签署知情同意书的，或受试者为未成年人的，由其监护人签署。

监护人签名（如适用）：

与受试者的关系：

受试者法定代理人联系电话：

日期： 年 月 日

我确认已向受试者解释了本试验的详细情况，包括其权利及可能的受益和风险，并给其一份签署过的受试者同意声明。

研究者签名：

日期： 年 月 日

研究者工作电话：

手机号码：

