**武汉大学口腔医院新技术新业务项目**

**XXXXXX**

**患者知情同意书**

尊敬的患者：

我们邀请您参加我院新技术新业务项目《XXXXXX》，本项目的临床应用已经得到武汉大学口腔医院伦理委员会批准。  
 在您决定是否接受该新技术新业务诊疗之前，请尽可能仔细阅读以下内容。它可以帮助您了解本项目技术的开展情况、优势与不足、操作流程、风险与获益等，以及接受该新技术新业务诊疗可能给您带来的益处或风险。如果您还有疑虑，也可以和您的亲属、朋友一起讨论，或者请医生详细解释，帮助您做出决定。

**1. 项目名称：**

**2. 本项目相较于其他诊疗技术的优势与不足**

**3. 本项目的成熟度和推广度**

**4. 我院开展本项目的资质和条件**

**5、本项目的适应证和禁忌证**

**6、本项目技术规范与操作流程**

**7、您参加本项目的获益**

**8、您参加本项目的潜在风险与不适**

**9、医疗质量与安全保障措施**

供参考：医护人员在诊疗前、诊疗中和诊疗后会采取相应措施，保障医疗质量，防范不良反应的发生。如您在诊疗过程中及诊疗结束后出现不良反应或不适情况，请及时与我们联系。我们将积极采取应对措施，尽最大努力完成好治疗，将不良反应对您身心健康的影响降至最低。

**自愿参加原则**

请您自愿选择是否接受本项目的临床诊疗，如果您对本项目有任何疑问，请向接诊医师提出。您在参加本项目后，任何时间有终止本项目诊疗的权力，您在退出本项目后不会受到任何刁难或歧视，您的后续治疗与随访也不会受到任何影响。

如果您需要其它治疗，或者您没有遵守本项目诊疗及随访规范，或者发生了与本项目相关的损伤或者有任何其他原因，接诊医师可以终止您继续本项目诊疗。

如果您有与本项目有关的问题与疑惑，或您在诊疗过程中发生了任何损伤与不适，或有关本项目参与者权益方面的问题，可以通过 （电话号码）与 （研究者或有关人员姓名）联系。

如果您对您的权益有任何问题，您可以在每周二的工作时间联系:

武汉大学口腔医院医学伦理委员会，联系电话：027-87686250

**知情同意书**

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项目是自愿的。

我可以选择不接受本项目诊疗，或者在任何时候通知医护人员后终止本项目诊疗而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

如果我需要其它治疗，或者我没有遵守本项目诊疗及随访规范，或者发生了与本项目相关的损伤或者有任何其他原因，接诊医师可以终止我继续本项目诊疗。

患者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

监护人或代理人签字： 和患者的关系：

联系电话（手机）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： 年\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_\_日

（注：如果患者不识字或无行为能力时，则需监护人或代理人签名）

我已准确地将这份文件告知患者，他/她准确地阅读了这份知情同意书，并证明该患者有机会提出问题。我证明他/她是自愿同意的。

医师签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话（手机）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： 年\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_\_日