

## 临床研究患者知情同意书

敬爱的患者：

我们将邀请您参加针刺配合康复训练治疗脑卒中运动障碍的临床研究工作。

本研究项目预计 200 名患者参加，如您同意进入本研究，您将被课题组主管医师随机分配接受针刺配合康复训练治疗组（A 组）和针刺结合自主运动组(B 组)的治疗，整个治疗周期为三周。在治疗期间，不得使用一切治疗该病的其他方法，如使用请告知课题组主管医师。

本研究过程中的原始资料归课题组所有，我们会保护您的隐私权，无论何时您的姓名不会出现在公开刊物上，但在有关部门需要时有使用这些资料的权利。

您有权不参与本次研究，也有权随时退出，并不影响您的疾病的正常治疗。但希望在不特殊原因情况下尽量完成本次研究。无论在何种情况下退出该研究，务请告知主管医师。

在治疗期间，如有任何不适，请详细告诉您的主管医师，以决定下一步治疗方案。

患者承诺：

我已清楚该研究的要求，我同意参加该项研究，并保证按治疗方案要求治疗，及时报告出现的不适情况。

患者签名：

研究医师签名：

见证人签字：

日期： 年 月 日