

活动报名表及知情同意书

为方便现场化验检查及咨询，我们会提前按照您提供的信息安排检测时间、检测项目等，请您按真实情况如实填写如下各项。填写不完整或不符合病情，无法参与本活动。义诊当天请您携带既往检查报告及复印件一份。

1、基本信息（均为必填项）：

患者姓名：	性别：	年龄：	出生日期：
患者身份证号：		联系电话：	
是否曾于我院就诊： 是/否		血液病医院就诊病案号：	
目前诊断：		确诊时间：	
确诊医院：			
既往主要检查结果： 骨穿： 基因： 其他：			
目前治疗情况及效果： 主要服药药物及剂量： 是否需要输血或输血小板： 其他情况：			
参与项目（可多选）： _____ A 免费检查 B 专家讲座及义诊			
检查预约时间：6月 日（6月27至7月12日期间每周周三至周五上午）			

为提高检查结果准确率及阳性率，参与免费检查项目患儿需进行骨髓穿刺及静脉采血，基因检查需患儿父母及同胞行静脉采血。

本活动为自愿参加，为进一步研究儿童骨髓衰竭性疾病的发病机制，我们会在患者采血（骨髓）时取3ml标本，同时结合患者临床资料用于该病的科学研究。

我们郑重声明：患者信息及标本不会用于医学研究以外目的。

我已仔细阅读以上内容，我同意参加该研究并愿意与研究人员合作。

参与者或法定监护人意见：

参与者或法定监护人签名：

与患者关系：

签署日期： 年 月 日

您的合作将使更多孩子受益，真诚祝福您的孩子一生平安！