

国家健康和疾病人脑组织资源库捐赠者知情同意书

姓名 (Name)		性别(Gender)		出生日期(Date of birth)	
国籍(Nationality)		身份证号(ID)			
家属联系人 (Contact)		家属电话 (Telephone)			
国家脑库捐赠目的 (Purpose):					
<p>国家健康和疾病人脑组织资源库（简称国家脑库）是接受捐献大脑，保存并诊断脑部疾病，向科学家们提供脑样本进行研究的基础设施。国家脑库可以有效地帮助研究者在细胞、分子、基因等水平对人脑组织进行系统研究，最终达到认识脑、保护脑和开发脑，以及寻找攻克神经精神疾病方法的目的。</p>					
国家脑库捐赠程序 (Procedure):					
<p>任何希望通过无偿捐赠他/她的大脑而支持神经科学研究的个体都可以成为捐赠者，包括患有中枢神经系统疾病的患者，以及不患有这类疾病的对照者。捐赠者在和国家脑库联系人取得联系，确认自己在将来去世后将向国家脑库捐赠自己的大脑，就可以签署本知情同意书，由本人和至亲家属签名。通过签署这样的文件，捐赠者的信息就在国家脑库的捐赠者数据库中做了登记。捐赠者的家属或者主管医师应在未来捐赠者去世后第一时间（注：5 小时内，越快越好）联系国家脑库联系人取脑，以保障完成捐赠大脑的心愿。捐赠者家属应配合国家脑库工作人员将捐赠者的病史资料（或复印件）提供给国家脑库存档。</p>					
捐赠者的权益 (Rights and Interests):					
<p>如果在未来的某一时刻捐赠者或者家属改变主意，他/她的登记信息和知情同意书可以撤销，无需说明理由。在任何情况下，捐赠者的身份和其他信息都被严格保密。国家脑库在任何时候都将尊重捐赠者，包括遗体处置和捐赠者的个人隐私等。国家脑库工作人员按照国际规范完成对于捐赠者大脑的取出程序，并保证捐赠者的仪容仪表整洁，不影响后续追悼仪式的进行。</p>					
捐赠者声明 (Donator Statement):					
<p>本人已阅读并理解国家脑库关于大脑捐赠的程序，在此表示同意在本人去世后进行尸检，同意国家脑库获取本人的脑组织与医疗信息，同意国家脑库将本人捐赠的脑组织和相关医疗信息用于科学研究。</p>					
捐献者签名:			日期:		
捐献者家属关系及签名:			日期:		
国家脑库声明 (Brain Bank Statement):					
<p>国家脑库工作人员已经向捐赠者详细解释了关于脑组织捐赠的目的、程序和捐赠者的权益，并回答了捐赠者提出的所有问题。</p>					
签名:			日期:		

地址：杭州市西湖区余杭塘路 866 号 浙江大学医学院教 B130

电话：0571-88208619 邮箱：zjucbb@zju.edu.cn