国家健康和疾病人脑组织资源库安徽医科大学分库捐赠者知情同意书

姓名 (Name)		性别(Gender)	
国籍(Nationality)		身份证号(ID)	
捐赠者家庭住址（Address）		捐赠者联系电话（Telephone）	
家属联系人 (Contact)		家属电话（Telephone）	

脑库捐赠目的(Purpose)：

国家健康和疾病人脑组织资源库安徽医科大学分库（以下简称国家脑库安医大分库）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。人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。

脑库捐赠程序(Procedure)：

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。捐赠者在和脑库联系人取得联系，确认自己在将来去世后将向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。捐赠者家属应配合脑库工作人员将捐赠者的病史资料（或复印件）提供给脑库存档。

捐赠者的权益（Rights and Interests）：

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。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。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。

捐赠者声明(Donator Statement)：

本人已阅读并理解国家脑库安医大分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，同意国家脑库安医大分库获取本人的脑组织与医疗信息，同意脑库将本人捐赠的脑组织和相关医疗信息用于科学研究。同时我志愿捐献：☐遗体整体； 其他_____

捐献者签名： 日期：

捐献者家属关系及签名： 日期：

国家脑库安医大分库声明(Brain Bank Statement)：

国家脑库安医大分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。

签名： 日期：

地址：合肥市蜀山区梅山路 81 号

电话：17333239758 邮箱：wuxueyan@ahmu.edu.cn