

病例报道知情同意书-同意签字页

病例报道研究名称：小球囊控制大出血

研究单位：浙江大学附属第一医院超声医学科

同意申明

本人已仔细阅读“病例报道知情同意书-告知页”，已经了解这是一份临床病例报道研究的知情同意书，研究者已经向我详细解释了整个研究意义和方法，并对有关问题给予了解答。我在充分了解患者患者须知的全部内容以及参加带来的利弊后，我完全自愿参加此项报道研究，我已经充分了解：

1. 作为被报道者，我自愿参加此项研究，并与研究人员充分合作，如实且客观的向研究者提供参加本研究需要的临床资料。
2. 本临床病例报道仅用于科研目的，除国家相关部门，浙江大学附属第一医院伦理委员会，研究单位，研究者等，我参加研究的个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。
3. 我参加此研究完全自愿的，我的医疗待遇和权益不受影响。

患者签名：[REDACTED] 日期：2017年11月20日

研究者签名：[REDACTED] 日期：2017年11月20日