

姓名: [REDACTED]	性别: 女	年龄: 62 岁	床号: [REDACTED]
科别: 感染三科		病案号: [REDACTED]	
委托人 (患者本人): [REDACTED]		性别: 女	年龄: 62 岁
有效证件号码: [REDACTED]		住址: [REDACTED]	
受托人: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 64	联系电话: [REDACTED]
有效证件号码: [REDACTED]		住址: [REDACTED]	
与患者关系: <input checked="" type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他近亲属 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他			

本人于2020-01-26 18:40因病住院。本人在住院期间,有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书,本人郑重委托由 [REDACTED] 作为我的代理人,代为行使住院期间的知情同意权利,并履行相应的签字手续,全权代表本人签字,被委托人的签字视同本人的签字。

委托人签署同意书后所产生的后果,由患者本人承担。

医生签字:	(手印)	年	月	日
患者签名:	(手印)	年	月	日
受托人签名:	(手印)	2020	年 1	月 30 日



## 知情同意书

险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次诊治的相关问题。

●我同意在诊治中医生可以根据我的病情预定的诊治方式做出调整。

●我理解我的诊治需要多位医生共同进行。

●我并未得到诊治百分之百成功的许诺。

●我授权医师对诊治切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查和医疗废物处理等。

我方已认真听取了医师对患者病情及治疗的介绍，并详细阅读了以上告知医师的解释。经慎重考虑，我同意接受该项操作或手术，并愿意承担相应风险。如发生紧急情况，同意接受医院相应的必要的处理。我拒绝替代方案。

患者签名

日期 年 月

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名

患者关系

日期 2020 年 / 月 30

医生陈述

我已经告知患者将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。

医生签名


签名日期 年 月 日

操作医师签名

签名日期 年 月 日



## Consent form

I  [Name] give my consent for information about myself/my child or ward/my relative (circle as appropriate) to be published in World Journal of Clinical Cases  
[Name of journal, manuscript number and corresponding author].

I understand that the information will be published without my/my child or ward's/my relative's (circle as appropriate) name attached, but that full anonymity cannot be guaranteed.

I understand that the text and any pictures or videos published in the article will be freely available on the internet and may be seen by the general public. The pictures, videos and text may also appear on other websites or in print, may be translated into other languages or used for commercial purposes.

I have been offered the opportunity to read the manuscript.

Signing this consent form does not remove my rights to privacy.

Name...

Date...

Signed...

Author name...

Date...

Signed...

Please keep this consent form in the patient's case files. The manuscript reporting this patient's details should state that 'Written informed consent for publication of their clinical details and/or clinical images was obtained from the patient/parent/guardian/ relative of the patient. A copy of the consent form is available for review by the Editor of this journal.'



## 同意书

我... [姓名] 同意我提供有关我/我

的孩子或病房的信息/我的亲戚（酌情圈出），发表于

*World Journal of Clinical Cases*

.....[期刊名称，手稿编号和相应的作者]。

我了解该信息将在不附加我/我的孩子或病房/亲戚（适当情况的圆圈）的名称的情况下发布，但不能保证完全匿名。

我了解，文章中发布的文字以及任何图片或视频将在互联网上免费提供，并且可能会被公众看到。图片，视频和文字也可能出现在其他网站上或以印刷形式出现，可能被翻译成其他语言或用于商业目的。

我有机会阅读手稿，签署此同意书不会删除我的隐私权。

名称... ..

日期... ..

签... ..

作者姓名... *彭, 绵 Mian PENG*

日期... *2020. 3. 3.*

签... *彭, 绵 Mian PENG*

请将此同意书保存在患者的案卷中。报告该患者详细信息的手稿应注明：“从患者/父母/监护人/亲戚那里获得书面知情同意书以公开其临床细节和/或临床图像。同意书的副本可供本期刊的编辑审阅。”



扫描全能王 创建