

知情同意书

尊敬的[]先生：

我们想将您的病例写成个案报道发表，因此我们想邀请您参加该项研究。在您决定是否参加这项研究之前，请尽可能仔细阅读以下内容，它可以帮助您了解该项研究的目的、程序、获益、风险、不便或不适等。如果您愿意，您也可以和您的亲属、朋友一起讨论，帮助您做出决定是否参加此项研究。如有任何疑问请您向负责该项研究的研究者提出。

本项研究的项目负责人：总项目负责人：李传亭，山东省立医院，影像科。

一. 研究介绍

1.研究目的：提高医生对咽鼓管畸胎瘤的认识。

2.研究过程：如果您同意参加本试验，相关研究人员将调阅您的住院病历、复诊病历，以及相关的检查。

3.风险：我们的研究属于回顾性分析，调阅病历及相关检查，没有格外的其他检查。我们将在法律允许的范围内，尽一切努力保护您的个人隐私，但是如果不慎泄露个人隐私信息，可能会给您的工作、学习和生活带来不良影响。

4.个人信息保密：如果您决定参加本项研究，您参加研究及在研究中的个人资料均属保密。您的病历及相关检查将完整的保存在医院，为确保研究按照规定进行，必要时，研究者、政府管理部门、学校当局、专业学术委员会、伦理委员会将被允许查阅您的病历及相关检查。任何有关本项研究结果的公开报告将不会披露您的个人身份。我们将在法律允许的范围内，尽一切努力保护您个人隐私。

5.您可以选择不参加本项研究，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复。您参加本项研究是自愿的。

6.如果您有与本研究相关的任何问题，请联系：李进叶，联系方式：15806609232

如果您与受试者自身权益相关的问题，可与山东第二人民医院（山东省耳鼻喉医院）伦理委员会联系，联系电话：0531 83086071。

二.声明

告知声明

我已告知该受试者我们的研究目的、步骤、风险，给予他足够的时间阅读知情同意书、与他人讨论，并解答了其有关研究的问题；我已告知该受试者当遇到与研究相关的问题时可随时与李进叶博士联系，遇到与自身权利/权益相关问题时随时与山东第二人民医院（山东省耳鼻喉医院）伦理委员会联系，并提供了准确的联系方式；我已告知该受试者他可以退出本研究。

获得知情同意的研究者签名

李进叶

日期

2024.2.25

受试者同意声明

我已被告知该研究的目的、步骤、风险，而且有机会就此项研究与研究者讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。我知道参加本研究可能产生的风险和受益。我也被告知，当我有问题、想反映困难、顾虑、对研究有建议，或想进一步获得信息，或为研究提供帮助时，应当与谁联系。我知晓参加研究是自愿的而且可以在研究期间任何时候无需任何理由退出本研究。我确认已有充足时间对此进行考虑，而且明白：

1.我可以随时向研究者咨询更多的信息。

2.我可以随时退出本研究，而不会受到歧视或报复。

我同意卫生管理监督部门、伦理委员会或专业学术委员会查阅我的研究资料。
最后，我决定同意参加本项研究。

受试者签名：[REDACTED] 日期：2021.2.25 联系电话：[REDACTED]

姓名：[REDACTED]； 性别：男； 生日：[REDACTED]； 住院号：[REDACTED]； ID：[REDACTED]