

山西省肿瘤医院、山西省第三人民医院

泛知情同意书

患者姓名：[REDACTED] 性别：女 年龄：15 出生年月：

科室：血液内科 住院号：1613148 ID号：

尊敬的患者及家属：

感谢您对山西省肿瘤医院的信任，我们会尽力为您提供优质的医疗服务。为保障您的权益，需要您了解样本送检的相关事项。在疾病治疗期间，医生会根据患者病情及治疗需要，送检样本至我院病理科、检验科、研究所等实验室进行检测，现将送检后标本的检测、保存和科学研究等情况向您介绍如下：

1. 为了对您所患疾病的诊断和治疗，临床医师可能会将您的一部分组织（活检/手术）、血液、胸水、腹水、尿液、心包液、脱落细胞等送至相应的实验室进行必要的检测，各实验室会按照流程对您送检的样本进行相应检测，并发放报告单，这对疾病的准确诊断、治疗及预后评估十分重要。
2. 检测完成后部分剩余样本及相关信息会按相关法律法规保存下来，由各科室专业人员进行科学规范的管理，这不需要您额外支付任何费用。
3. 如您后续治疗过程中需要用到保存的剩余样本进行检测，可以向相应科室提出申请，各科室工作人员会按照您的需求从资料库中调出您的剩余样本，进行相应检测，并发放相应报告单。
4. 科学研究是医务人员工作的重要组成部分，组织样本、血液等均是开展科学研究的重要资源。医务人员可能会从资料库中选用您的剩余样本（包括病理蜡块、切片、血液、体液、脱落细胞等）进一步用于疾病有关的科学研究，这些研究将会对肿瘤或其他疾病做更深入的了解并为其有效治疗提供科学依据，促进现代医学的发展、解决人类面临的健康问题，在此万分感谢您对医疗事业发展做出的无私贡献。
5. 若您的剩余样本被选中做科学研究，样本将被重新编码，即采用代码识别样本而非您的名字或其他个人信息，您所有的个人信息及隐私均受到保护。研究者、伦理委员会、相关监管部门将可能会查阅您的研究资料，除此之外，您的个人信

息和相关资料将不会泄露给任何其他人员。

6. 研究结果将严格保密，由于属于科学研究，所以研究报告可能不会告知您本人或您的医生，也不会存入您的健康档案。研究结果可能会在相关的科研杂志上发表，但您的个人信息不会出现在任何报告和公开出版物中。

7. 我们郑重承诺，用于科学研究的标本是您的所有临床检测完成后剩余的组织、血液等，研究不会影响您正常检测的顺利进行，不会影响您目前的治疗，不会泄露您的隐私，更不会造成您正常检查以外的经济损失和其它伤害。

8. 如果有什么疑问请及时咨询您的医生和护士。

我已仔细阅读本知情同意书并且有机会提问，我已确认了解样本送检的目的、我的权益和风险，并获得保证个人信息的保密以及隐私权得到充分保护。经充分考虑，我愿意按要求配合样本采集、送检、保存、科学研究。

患者（签名）

日期：2016.7.11

联系电话：18734926266

（当患者不能阅读或签字时需要监护人或授权委托人签名）

监护人或授权委托人（签名）：_____

与患者关系：_____

日期：_____

联系电话：_____

山西省肿瘤医院、山西省第三人民医院

泛知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 49 出生年月:
科室: 血液内科 住院号: 1305483 ID 号:

尊敬的患者及家属:

感谢您对山西省肿瘤医院的信任,我们会尽力为您提供优质的医疗服务。为保障您的权益,需要您了解样本送检的相关事项。在疾病治疗期间,医生会根据患者病情及治疗需要,送检样本至我院病理科、检验科、研究所等实验室进行检测,现将送检后标本的检测、保存和科学研究等情况向您介绍如下:

1. 为了对您所患疾病的诊断和治疗,临床医师可能会将您的一部分组织(活检/手术)、血液、胸水、腹水、尿液、心包液、脱落细胞等送至相应的实验室进行必要的检测,各实验室会按照流程对您送检的样本进行相应检测,并发放报告单,这对疾病的准确诊断、治疗及预后评估十分重要。
2. 检测完成后部分剩余样本及相关信息会按相关法律法规保存下来,由各科室专业人员进行科学规范的管理,这不需要您额外支付任何费用。
3. 如您后续治疗过程中需要用到保存的剩余样本进行检测,可以向相应科室提出申请,各科室工作人员会按照您的需求从资料库中调出您的剩余样本,进行相应检测,并发放相应报告单。
4. 科学研究是医务人员工作的重要组成部分,组织样本、血液等均是开展科学研究的重要资源。医务人员可能会从资料库中选用您的剩余样本(包括病理蜡块、切片、血液、体液、脱落细胞等)进一步用于疾病有关的科学研究,这些研究将会对肿瘤或其他疾病做更深入的了解并为其有效治疗提供科学依据,促进现代医学的发展、解决人类面临的健康问题,在此万分感谢您对医疗事业发展做出的无私贡献。
5. 若您的剩余样本被选中做科学研究,样本将被重新编码,即采用代码识别样本而非您的名字或其他个人信息,您所有的个人信息及隐私均受到保护。研究者、伦理委员会、相关监管部门将可能会查阅您的研究资料,除此之外,您的个人信

息和相关资料将不会泄露给任何其他人员。

6. 研究结果将严格保密，由于属于科学研究，所以研究报告可能不会告知您本人或您的医生，也不会存入您的健康档案。研究结果可能会在相关的科研杂志上发表，但您的个人信息不会出现在任何报告和公开出版物中。

7. 我们郑重承诺，用于科学研究的标本是您的所有临床检测完成后剩余的组织、血液等，研究不会影响您正常检测的顺利进行，不会影响您目前的治疗，不会泄露您的隐私，更不会造成您正常检查以外的经济损失和其它伤害。

8. 如果有什么疑问请及时咨询您的医生和护士。

我已仔细阅读本知情同意书并且有机会提问，我已确认了解样本送检的目的、我的权益和风险，并获得保证个人信息的保密以及隐私权得到充分保护。经充分考虑，我愿意按要求配合样本采集、送检、保存、科学研究。

患者（签名）：

日期：

联系电话：

（当患者不能阅读或签字时需要监护人或授权委托人签名）

监护人或授权委托人（签名）：_____

与患者关系：_____

日期：_____

联系电话：_____

山西省肿瘤医院、山西省第三人民医院
泛知情同意书

患者姓名： 性别： 年龄： 70岁 出生年月：
科室： 住院号： ID号：

尊敬的患者及家属：

感谢您对山西省肿瘤医院的信任，我们会尽力为您提供优质的医疗服务。为保障您的权益，需要您了解样本送检的相关事项。在疾病治疗期间，医生会根据患者病情及治疗需要，送检样本至我院病理科、检验科、研究所等实验室进行检测，现将送检后标本的检测、保存和科学研究等情况向您介绍如下：

1. 为了对您所患疾病的诊断和治疗，临床医师可能会将您的一部分组织（活检/手术）、血液、胸水、腹水、尿液、心包液、脱落细胞等送至相应的实验室进行必要的检测，各实验室会按照流程对您送检的样本进行相应检测，并发放报告单，这对疾病的准确诊断、治疗及预后评估十分重要。
2. 检测完成后部分剩余样本及相关信息会按相关法律法规保存下来，由各科室专业人员进行科学规范的管理，这不需要您额外支付任何费用。
3. 如您后续治疗过程中需要用到保存的剩余样本进行检测，可以向相应科室提出申请，各科室工作人员会按照您的需求从资料库中调出您的剩余样本，进行相应检测，并发放相应报告单。
4. 科学研究是医务人员工作的重要组成部分，组织样本、血液等均是开展科学研究的重要资源。医务人员可能会从资料库中选用您的剩余样本（包括病理蜡块、切片、血液、体液、脱落细胞等）进一步用于疾病有关的科学研究，这些研究将会对肿瘤或其他疾病做更深入的了解并为其有效治疗提供科学依据，促进现代医学的发展、解决人类面临的健康问题，在此万分感谢您对医疗事业发展做出的无私贡献。
5. 若您的剩余样本被选中做科学研究，样本将被重新编码，即采用代码识别样本而非您的名字或其他个人信息，您所有的个人信息及隐私均受到保护。研究者、伦理委员会、相关监管部门将可能会查阅您的研究资料，除此之外，您的个人信

息和相关资料将不会泄露给任何其他人员。

6. 研究结果将严格保密，由于属于科学研究，所以研究报告可能不会告知您本人或您的医生，也不会存入您的健康档案。研究结果可能会在相关的科研杂志上发表，但您的个人信息不会出现在任何报告和公开出版物中。
7. 我们郑重承诺，用于科学研究的标本是您的所有临床检测完成后剩余的组织、血液等，研究不会影响您正常检测的顺利进行，不会影响您目前的治疗，不会泄露您的隐私，更不会造成您正常检查以外的经济损失和其它伤害。
8. 如果有什么疑问请及时咨询您的医生和护士。

我已仔细阅读本知情同意书并且有机会提问，我已确认了解样本送检的目的、我的权益和风险，并获得保证个人信息的保密以及隐私权得到充分保护。经充分考虑，我愿意按要求配合样本采集、送检、保存、科学研究。

患者（签名）：_____

日期： 2016.10.9

联系电话： 13467195010

（当患者不能阅读或签字时需要监护人或授权委托人签名）

监护人或授权委托人（签名）：_____

与患者关系：_____

日期：_____

联系电话：_____