



#### 四、簽章

(一) 主持人已詳細解釋並回答有關本個案報告的性質與目的、對個案可能產生的影響及個人權益。

主持人簽章： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

(二) 個案已詳細瞭解上述個案報告目的、方法及個案個人權益利益，有關個人病歷資料的疑問，業經主持人詳細予以解釋。本人同意將個人病歷之無法辨識個人資料部份提供主持人做公開發表，且將持有同意書副本。

※同意提供項目(可複選)：

病史/病程、 影像檢查、 檢查數據、 無法辨識個人之照片、錄音及錄影、 可辨識個人之照片、錄音及錄影

個案簽章： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

(以下項目若不符研究需要，請刪除)

法定代理人/有同意權人 簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

與受試者關係 (請勾選)： 配偶、 成年子女、 父母、 兄弟姐妹、 祖父母

出生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 電話：

國民身分證統一編號：

通訊地址：

\*參與者為7至20歲青少年已具部分行為能力者，參與者與法定代理人應同時簽名。

\*法定代理人應同時出示相關證明文件以供計畫主持人確認身份。

\*參與者雖非無行為能力或限制行為能力者，但因意識混亂或有精神與智能障礙，而無法進行有效溝通和判斷時，由有同意權之人為之，簽署時應同時出示相關證明文件以供計畫主持人確認身份。依前項關係人所為之書面同意，其書面同意，得以一人行之；關係人意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。前項同一順序之人，以親等近者為先，親等同者，以同居親屬為先，無同居親屬者，以年長者為先

(三) 見證人

姓名：\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

\*個案、法定代理人或有同意權之人皆無法閱讀時，應由見證人在場參與所有有關此同意書之討論。

## 亞東紀念醫院 個案病歷資料提供同意書

個案報告名稱：吉特曼症候群個案報告：幼童早期診斷與其家庭基因分析

主持人：吳俊諺 共同主持人：高銓宏 24小時聯絡電話：分機 86030

病人姓名：林娟娟 性別：女 年齡：45

聯絡通訊地址：新北市板橋區滿平街 53 號

電話：26826220 病歷號碼：G01652

### 一、目的

針對具有教育意義之特殊個案，蒐集相關資料進行病例報告或研究發表；並與專業領域內之各科醫護人員廣泛交流與討論，以增進臨床醫療品質、促進研究交流。

### 二、方法

整理病歷資料與醫學文獻查詢，以科學化之方法，精要簡潔的陳述病人狀況，並進行資料分析。

### 三、個人權益將受以下保護

- (一) 主持人將維護個案應有之權益與隱私，並妥善保存資料。
- (二) 主持人於撰寫過程中所得資料僅供發表於學術雜誌或於醫學會議中報告，病人之身分與個人隱私資料，未經個案或其法定代理人書面同意，相關人員不會將病人資料洩漏給無關之第三者。
- (三) 除非因病情後續治療需要對個案情況進行追蹤與列管，主持人或相關人員不會主動與個案聯繫或接觸，如有疑問，可逕行與主持人聯繫確認。
- (四) 如有疑慮，個案或其法定代理人可依個人意願隨時提出拒絕主持人或相關人員使用其個人資料之要求；於文章投稿前，個案有權要求主持人或相關人員針對是否適當的運用已取得之個案個人資料進行解說，但需尊重專業人員之判斷。個案或其法定代理人不得要求以金錢或物質回報以換取資料使用權利。

#### 四、簽章

(一) 主持人已詳細解釋並回答有關本個案報告的性質與目的、對個案可能產生的影響及個人權益。

主持人簽章：吳俊賢 日期：110.05.05

(二) 個案已詳細瞭解上述個案報告目的、方法及個案個人權益利益，有關個人病歷資料的疑問，業經主持人詳細予以解釋。本人同意將個人病歷之無法辨識個人資料部份提供主持人做公開發表，且將持有同意書副本。

※同意提供項目(可複選)：

病史/病程、 影像檢查、 檢查數據、 無法辨識個人之照片、錄音及錄影、 可辨識個人之照片、錄音及錄影

個案簽章：林娟娟 日期：110.5.8

(以下項目若不符研究需要，請刪除)

法定代理人/有同意權人 簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

與受試者關係 (請勾選)： 配偶、 成年子女、 父母、 兄弟姐妹、 祖父母

出生年月日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 電話：\_\_\_\_\_

國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

通訊地址：\_\_\_\_\_

\*參與者為7至20歲青少年已具部分行為能力者，參與者與法定代理人應同時簽名。

\*法定代理人應同時出示相關證明文件以供計畫主持人確認身份。

\*參與者雖非無行為能力或限制行為能力者，但因意識混亂或有精神與智能障礙，而無法進行有效溝通和判斷時，由有同意權之人為之，簽署時應同時出示相關證明文件以供計畫主持人確認身份。依前項關係人所為之書面同意，其書面同意，得以一人行之；關係人意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。前項同一順序之人，以親等近者為先，親等同者，以同居親屬為先，無同居親屬者，以年長者為先

(三) 見證人

姓名：\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

\*個案、法定代理人或有同意權之人皆無法閱讀時，應由見證人在場參與所有有關此同意書之討論。

## 亞東紀念醫院 個案病歷資料提供同意書

個案報告名稱：吉特曼症候群個案報告：幼童早期診斷與其家庭基因分析

主持人：吳俊諺 共同主持人：高銓宏 24 小時聯絡電話：分機 86030

病人姓名：王韶聖 性別：男 年齡：53

聯絡通訊地址：新北市板橋區滿平街 53 號

電話：26826220 病歷號碼：G58966

### 一、目的

針對具有教育意義之特殊個案，蒐集相關資料進行病例報告或研究發表；並與專業領域內之各科醫護人員廣泛交流與討論，以增進臨床醫療品質、促進研究交流。

### 二、方法

整理病歷資料與醫學文獻查詢，以科學化之方法，精要簡潔的陳述病人狀況，並進行資料分析。

### 三、個人權益將受以下保護

- (一) 主持人將維護個案應有之權益與隱私，並妥善保存資料。
- (二) 主持人於撰寫過程中所得資料僅供發表於學術雜誌或於醫學會議中報告，病人之身分與個人隱私資料，未經個案或其法定代理人書面同意，相關人員不會將病人資料洩漏給無關之第三者。
- (三) 除非因病情後續治療需要對個案情況進行追蹤與列管，主持人或相關人員不會主動與個案聯繫或接觸，如有疑問，可逕行與主持人聯繫確認。
- (四) 如有疑慮，個案或其法定代理人可依個人意願隨時提出拒絕主持人或相關人員使用其個人資料之要求；於文章投稿前，個案有權要求主持人或相關人員針對是否適當的運用已取得之個案個人資料進行解說，但需尊重專業人員之判斷。個案或其法定代理人不得要求以金錢或物質回報以換取資料使用權利。

#### 四、簽章

- (一) 主持人已詳細解釋並回答有關本個案報告的性質與目的、對個案可能產生的影響及個人權益。

主持人簽章：吳俊諤 日期：110.05.05

- (二) 個案已詳細瞭解上述個案報告目的、方法及個案個人權益利益，有關個人病歷資料的疑問，業經主持人詳細予以解釋。本人同意將個人病歷之無法辨識個人資料部份提供主持人做公開發表，且將持有同意書副本。

※同意提供項目(可複選)：

病史/病程、 影像檢查、 檢查數據、 無法辨識個人之照片、錄音及錄影、 可辨識個人之照片、錄音及錄影

個案簽章：王韶聖 日期：110.5.9

(以下項目若不符研究需要，請刪除)

法定代理人/有同意權人 簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

與受試者關係 (請勾選)： 配偶、 成年子女、 父母、 兄弟姐妹、 祖父母

出生年月日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 電話：\_\_\_\_\_

國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

通訊地址：\_\_\_\_\_

\*參與者為7至20歲青少年已具部分行為能力者，參與者與法定代理人應同時簽名。

\*法定代理人應同時出示相關證明文件以供計畫主持人確認身份。

\*參與者雖非無行為能力或限制行為能力者，但因意識混亂或有精神與智能障礙，而無法進行有效溝通和判斷時，由有同意權之人為之，簽署時應同時出示相關證明文件以供計畫主持人確認身份。依前項關係人所為之書面同意，其書面同意，得以一人行之；關係人意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。前項同一順序之人，以親等近者為先，親等同者，以同居親屬為先，無同居親屬者，以年長者為先

(三) 見證人

姓名：\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

\*個案、法定代理人或有同意權之人皆無法閱讀時，應由見證人在場參與所有有關此同意書之討論。

## 亞東紀念醫院 個案病歷資料提供同意書

個案報告名稱：吉特曼症候群個案報告：幼童早期診斷與其家庭基因分析

主持人：吳俊諺 共同主持人：高銓宏 24 小時聯絡電話：分機 86030

病人姓名：王昱琹 性別：女 年齡：14

聯絡通訊地址：新北市板橋區滿平街 53 號

電話：26826220 病歷號碼：K82964

### 一、目的

針對具有教育意義之特殊個案，蒐集相關資料進行病例報告或研究發表；並與專業領域內之各科醫護人員廣泛交流與討論，以增進臨床醫療品質、促進研究交流。

### 二、方法

整理病歷資料與醫學文獻查詢，以科學化之方法，精要簡潔的陳述病人狀況，並進行資料分析。

### 三、個人權益將受以下保護

- (一) 主持人將維護個案應有之權益與隱私，並妥善保存資料。
- (二) 主持人於撰寫過程中所得資料僅供發表於學術雜誌或於醫學會議中報告，病人之身分與個人隱私資料，未經個案或其法定代理人書面同意，相關人員不會將病人資料洩漏給無關之第三者。
- (三) 除非因病情後續治療需要對個案情況進行追蹤與列管，主持人或相關人員不會主動與個案聯繫或接觸，如有疑問，可逕行與主持人聯繫確認。
- (四) 如有疑慮，個案或其法定代理人可依個人意願隨時提出拒絕主持人或相關人員使用其個人資料之要求；於文章投稿前，個案有權要求主持人或相關人員針對是否適當的運用已取得之個案個人資料進行解說，但需尊重專業人員之判斷。個案或其法定代理人不得要求以金錢或物質回報以換取資料使用權利。

#### 四、簽章

(一) 主持人已詳細解釋並回答有關本個案報告的性質與目的、對個案可能產生的影響及個人權益。

主持人簽章：吳俊諱 日期：110.05.05

(二) 個案已詳細瞭解上述個案報告目的、方法及個案個人權益利益，有關個人病歷資料的疑問，業經主持人詳細予以解釋。本人同意將個人病歷之無法辨識個人資料部份提供主持人做公開發表，且將持有同意書副本。

※同意提供項目(可複選)：

病史/病程、 影像檢查、 檢查數據、 無法辨識個人之照片、錄音及錄影、 可辨識個人之照片、錄音及錄影

個案簽章：王昱廷 日期：110.5.8

(以下項目若不符研究需要，請刪除)

法定代理人/有同意權人 簽名：林娟娟 日期：110.5.8

與受試者關係 (請勾選)： 配偶、 成年子女、 父母、 兄弟姐妹、 祖父母

出生年月日：65 年 5 月 15 日 電話：0915-552531

國民身分證統一編號：N522936610

通訊地址：新北市板橋區滿平街53號

\*參與者為7至20歲青少年已具部分行為能力者，參與者與法定代理人應同時簽名。

\*法定代理人應同時出示相關證明文件以供計畫主持人確認身份。

\*參與者雖非無行為能力或限制行為能力者，但因意識混亂或有精神與智能障礙，而無法進行有效溝通和判斷時，由有同意權之人為之，簽署時應同時出示相關證明文件以供計畫主持人確認身份。依前項關係人所為之書面同意，其書面同意，得以一人行之；關係人意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。前項同一順序之人，以親等近者為先，親等同者，以同居親屬為先，無同居親屬者，以年長者為先

(三) 見證人

姓名：\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

\*個案、法定代理人或有同意權之人皆無法閱讀時，應由見證人在場參與所有有關此同意書之討論。

## 亞東紀念醫院 個案病歷資料提供同意書

個案報告名稱：吉特曼症候群個案報告：幼童早期診斷與其家庭基因分析

主持人：吳俊諺 共同主持人：高銓宏 24 小時聯絡電話：分機 86030

病人姓名：王昱心 性別：女 年齡：9

聯絡通訊地址：新北市板橋區滿平街 53 號

電話：26826220 病歷號碼：T82272

### 一、目的

針對具有教育意義之特殊個案，蒐集相關資料進行病例報告或研究發表；並與專業領域內之各科醫護人員廣泛交流與討論，以增進臨床醫療品質、促進研究交流。

### 二、方法

整理病歷資料與醫學文獻查詢，以科學化之方法，精要簡潔的陳述病人狀況，並進行資料分析。

### 三、個人權益將受以下保護

- (一) 主持人將維護個案應有之權益與隱私，並妥善保存資料。
- (二) 主持人於撰寫過程中所得資料僅供發表於學術雜誌或於醫學會議中報告，病人之身分與個人隱私資料，未經個案或其法定代理人書面同意，相關人員不會將病人資料洩漏給無關之第三者。
- (三) 除非因病情後續治療需要對個案情況進行追蹤與列管，主持人或相關人員不會主動與個案聯繫或接觸，如有疑問，可逕行與主持人聯繫確認。
- (四) 如有疑慮，個案或其法定代理人可依個人意願隨時提出拒絕主持人或相關人員使用其個人資料之要求；於文章投稿前，個案有權要求主持人或相關人員針對是否適當的運用已取得之個案個人資料進行解說，但需尊重專業人員之判斷。個案或其法定代理人不得要求以金錢或物質回報以換取資料使用權利。

#### 四、簽章

(一) 主持人已詳細解釋並回答有關本個案報告的性質與目的、對個案可能產生的影響及個人權益。

主持人簽章：吳俊詩 日期：110.05.05

(二) 個案已詳細瞭解上述個案報告目的、方法及個案個人權益利益，有關個人病歷資料的疑問，業經主持人詳細予以解釋。本人同意將個人病歷之無法辨識個人資料部份提供主持人做公開發表，且將持有同意書副本。

※同意提供項目(可複選)：

病史/病程、 影像檢查、 檢查數據、 無法辨識個人之照片、錄音及錄影、 可辨識個人之照片、錄音及錄影

個案簽章：王呈心 日期：110.5.8

(以下項目若不符研究需要，請刪除)

法定代理人/有同意權人 簽名：林娟娟 日期：110.5.8

與受試者關係(請勾選)： 配偶、 成年子女、 父母、 兄弟姐妹、 祖父母

出生年月日：65 年 5 月 15 日 電話：0915-552531

國民身分證統一編號：N>>>936610

通訊地址：新北市板橋區滿平街53號

\*參與者為7至20歲青少年已具部分行為能力者，參與者與法定代理人應同時簽名。

\*法定代理人應同時出示相關證明文件以供計畫主持人確認身份。

\*參與者雖非無行為能力或限制行為能力者，但因意識混亂或有精神與智能障礙，而無法進行有效溝通和判斷時，由有同意權之人為之，簽署時應同時出示相關證明文件以供計畫主持人確認身份。依前項關係人所為之書面同意，其書面同意，得以一人行之；關係人意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。前項同一順序之人，以親等近者為先，親等同者，以同居親屬為先，無同居親屬者，以年長者為先

(三) 見證人

姓名：\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

\*個案、法定代理人或有同意權之人皆無法閱讀時，應由見證人在場參與所有有關此同意書之討論。