

患者知情同意书

供患者用于同意在医学杂志上发表关于该患者的医疗信息。

文章中描述或照片中出现的患者年龄、性别：46岁，男性

照片或文章的主题：脊髓损伤后多余幻肢觉

论文标题：重复经颅磁刺激联合视觉反馈治疗脊髓损伤后多余幻肢觉的疗效观察

通讯作者：郭铁成

我 (患者全名) 特此同意在上述杂志，及与该杂志相关的出版物(*)上发表与上述主题相关的 ☐ 我 / ☒ 我的父亲或受监护人 / ☐ 我的亲戚 (请圈出正确描述) 的信息 (下称“该信息”)。

我已经仔细阅读了向杂志提交的相关资料。

我完全明白和理解以下内容：

- (1) 该信息将不带我的父亲姓名去发表，并且将尽一切努力确保我匿名。然而，我理解完全匿名无法绝对保证。某处的某人有可能通过发表的相关信息认出我的父亲，例如曾在医院护理过我的人或某位亲戚。
- (2) 该文章的文字将在风格、语法、前后一致、长度诸方面得到编辑。
- (3) 该信息可能在向全世界发行的杂志上发表，该杂志的读者群主要为医生，但也可能有许多非医生读者，包括记者。
- (4) *该信息也可能全部或部分地用于出版社系列的产品和出版物，包括用英文和翻译文稿、经印刷、用电子格式、以及用出版杂志或其被许可人现在和未来可以使用的任何其他格式发表。特别是，该信息可能刊载于杂志的地方版本或海外发行的其他杂志和出版物。
- (5) 出版社不会允许将该信息用于广告、包装或断章取义地使用。
- (6) 我能够在发表前随时撤回我的同意，但一旦该信息被交付出版 (即“付印”)，则不能撤回此同意。

签名：

关系：

父子

日期：2018 年 12 月 24 日

