

## 個案報告研究病人資料提供同意書

Patient's consent for the publication of material relating to them

計畫中文名稱：治療旋轉肌袖破裂併冰凍肩鬆筋手術後醫源性肩盂骨折之病例報告

計畫英文名稱：Treatment of rotator cuff tear combined with iatrogenic glenoid fracture and shoulder instability after manipulation of frozen shoulder: a case report

執行單位：戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院骨科部

主要主持人：江振豪 單位/職稱：骨科部 電話：05-2765041#8297

共同主持人：蔡廷謙 單位/職稱：骨科部 電話：05-2765041#8297

病人姓名：

病歷號碼：

性別：女

出生日期：1957-08-02

聯絡通訊地址：

聯絡電話：

法定代理人/有同意權人姓名：

與受試者關係：

性別：

年齡：

通訊地址：

聯絡電話：

### 一、目的：

因您罹患之疾病具有醫學上教育意義之特殊案例，故計畫主持人想要蒐集您的病歷資料進行臨床病例報告或學術雜誌文章發表，並將與專業領域內之各科醫護人員進行廣泛交流與討論，以增進臨床醫療品質、促進研究交流。

### 二、方法：

計畫主持人將整理您的病歷資料並與醫學文獻查詢比對驗證，以科學化之方法進行資料分析並做討論。

### 三、個人權益之保護：

- (一) 主持人將維護您應有之權益與隱私，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，您的身分與個人隱私資料不會被洩漏，若有與您相關的照片或圖片會做隱藏您個人特徵之處理，未經您或您的法定代理人書面同意，相關人員不會將您的資料洩漏給無關之第三者。
- (三) 除非因病情後續治療需要對您的情況進行追蹤與列管，主持人或相關人員不會主動與您聯繫或接觸，如有疑問，可逕行與主持人聯繫確認。
- (四) 如有疑慮，您或您的法定代理人可依您的意願隨時提出拒絕主持人或相關人員使用您的資料之要求；您或您的法定代理人不得要求計畫主持人以金錢或物質回報以換取資料使用權利。

#### 四、簽章

主要或共/協同主持人簽名:  日期: 西元 2016 年 1 月 15 日

同意人(個案)簽名: 日期: 西元2016年1月17日

法定代理人簽名：\_\_\_\_\_ 日期：西元 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\* 同意人為限制行為能力者(滿7歲~未滿20足歲)，應得其本人及法定代理人之同意。

輔助人或有同意權人簽名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_年 月 日

\* 同意人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。前項有同意權人為配偶及同居之親屬，簽署時應同時出示相關證明文件以供主持人確認身份。

(一) 見證人：

姓名：

身分證字號：

聯絡電話：

通訊地址：

簽名：

日期： 年 月 日

\* 同意人、法定代理人、輔助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個案同意之討論。並確定同意人、法定代理人、輔助人或有同意權之人之同意完全出於其自由意願後，應於同意書簽名並載明日期。本研究案相關人員不得為見證人。