

ใบแสดงความยินยอม

สำหรับแสดงความยินยอมของผู้ป่วย การตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ในสิ่งพิมพ์และผลิตภัณฑ์ทางวิชาการ  
ทางการแพทย์

ชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการกล่าวถึงในบทความหรือรูปภาพ .....

ประเด็นสำคัญของรูปภาพหรือบทความ ..... *in case report about a girl with anti-NMDAR Encephalitis  
due to CMV seropositive enterocolitis and psychosis* .....

ชื่อวารสารหรือสิ่งพิมพ์ ..... *Clinical Cases  
World Journal of Gastroenterology* .....

ชื่อบทความ ..... *Unrelenting vomiting and diarrhea concomitant cytomegalovirus infection in*

ผู้จัดส่งบทความ ..... *a girl diagnosed with N-Methyl-D-Aspartate Receptor encephalitis*

ข้าพเจ้า ..... *ยินยอมให้ตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับ (ตัวข้าพเจ้าเอง/*

บุตร-ธิดาของข้าพเจ้า/ญาติของข้าพเจ้า) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประเด็นสำคัญข้างต้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความต่อไปนี้

1. ข้อมูล จะได้รับการตีพิมพ์ โดยไม่มีชื่อของตัวข้าพเจ้าเอง/บุตร-ธิดาของข้าพเจ้า/ญาติของข้าพเจ้าปรากฏอยู่ และมีการปกปิด  
ไม่ให้ผู้ใดระบุตัวข้าพเจ้าเอง/บุตร-ธิดาของข้าพเจ้า/ญาติของข้าพเจ้าได้ แต่อย่างไรก็ตาม ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการปกปิดดังกล่าว  
อาจไม่สามารถทำได้อย่างสมบูรณ์แบบ จึงอาจมีผู้หนึ่งผู้ใดเช่นผู้ที่ดูแลข้าพเจ้าในโรงพยาบาล หรือญาติของข้าพเจ้า ที่สามารถ  
ระบุตัวข้าพเจ้าได้

2. ข้อความในบทความอาจได้รับการปรับปรุงแก้ไขด้านรูปแบบการเขียน ไวยากรณ์ ความสอดคล้อง และความยาว

3. ข้อมูล อาจได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่เผยแพร่ทั่วโลก ซึ่งผู้อ่านหลักคือแพทย์ แต่ก็อาจมีผู้อื่นเช่น นักข่าว ได้อ่านด้วย

4. ข้อมูลบางส่วนหรือทั้งหมดอาจถูกนำไปใช้ในสิ่งพิมพ์หรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่หมายรวมถึงสิ่งพิมพ์ภาษาอังกฤษ สิ่งพิมพ์ภาษา  
แปล สิ่งพิมพ์บนกระดาษ สิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ หรือสิ่งพิมพ์รูปแบบอื่นใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวารสารฉบับท้องถิ่น ตลอดจน  
วารสารและสิ่งพิมพ์อื่นๆ ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในประเทศอื่น

5. ข้าพเจ้าขอเพิกถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ ก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่ แต่หากข้อมูลได้รับการยืนยันว่าพร้อมตีพิมพ์เผยแพร่  
แล้ว ข้าพเจ้าไม่สามารถเพิกถอนความยินยอมได้

ลงชื่อ ..... ผู้แทนโดยชอบธรรม วันที่ ..... 4 April 2020 .....

(๙) ..... )

## PERMISSION REQUEST AND LICENSE

DATE:

Authorization for publication of case report "Unremitting vomiting and diarrhea concomitant cytomegalovirus infection in a girl"  
I, mother, give Dr. Palittiya Sintusek and her team at King Chulalongkorn Memorial Hospital (Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand), permission to publish, reproduce and distribute, the attached manuscript of case report diagnosed with anti-N-Methyl-D-Aspartate-Receptor encephalitis. I am aware that the manuscript of case report does NOT mention my name or address, but it does reflect my medical care, gender, age and medical history.

I have been told that authors currently plan to submit the Case report for publication in a medical journal, for educational purposes.

I will not be paid in any manner for use of the case report, as described above. I will not receive any royalties or other compensation in connection with any such publication or use.

I am not required to sign this form, and I may refuse to do so. My medical treatment and payment for healthcare will not be affected by whether or not I sign this document.

I may withdraw this authorization for any future sharing at any time by notifying my attend physician in writing, but my withdrawal will not affect information that has already been shared or published. This authorization has no expiration date.

(Mother)  
Parent's name:

Date: 4 April 2020

Reviewed by

Signature

Date: 4 April 2020