

成都市妇女儿童中心医院  
病例报道知情同意书

JL/YL-046-169

姓名:

[Redacted]

科室:

儿童呼吸科

病区: 南

住院号

[Redacted]

诊断: 塑型性支气管炎(灰霉菌感染)

尊敬的 \_\_\_\_\_ 先生/女士:

灰霉菌感染导致塑型性支气管炎的情况较少见,我们欲对患儿的临床资料撰写病例个案报道,于相关期刊进行分享,以期提高诊治水平。

现将有关事宜告知如下:

我们经过临床及实验室指标判断,患儿塑型性支气管炎由灰霉菌感染所致。

若您同意,我们将相关情况撰写病例报道,于相关期刊进行分享。在此过程中我们将严格保护患儿隐私。

若您因个人意愿不接受,有权拒绝,我们将放弃撰写相关报道。

患者(或委托代理人、亲属)意见:上述告知内容本人(或委托代理人、亲属)已知情,经慎重考虑,同意(✓)/不同意( ) (括号内打“✓”)接受资料分享。

患儿监护人签字:

[Redacted]

与患者的关系:

母

主管医师签名:

[Signature]

签名时间 2020 年 5 月 15 日