

北京协和医院

姓名: [REDACTED]

年龄: [REDACTED]

科室: 基本外科

性别: [REDACTED]

病案号: [REDACTED]

患者手术录像采集、术中照相及病历资料收集知情同意书

尊敬的患者:

感谢您对我院的信任,并祝您早日恢复健康。

目前,基于手术录像、手术照片与病历资料的收集、总结及相关科学研究,是医学传承和不断进步的重要途径,也是现代医学研究的重要手段。

我们希望征得您的同意,采集在您诊疗过程中的个人基本人口学资料、病历、影像、手术视频、图片、照片等资料,以用于临床治疗、教学和医学相关研究。在研究结果公开发表或以其他任何形式报告时,我们都将隐藏您相关的所有个人隐私信息,保护您的隐私不受损害。您的所有相关资料不会透露给其他非专业领域人士,除非获得您的许可。为确保相关研究按照规定进行,以及保证您的权益不受损害,必要时政府管理部门或伦理审查委员会的成员会按规定查阅您的相关资料。

您有权不签署该知情同意书,您也有权在任何时候撤回您已经签署的同意书。无论您是同意,均不会影响您在院期间的诊疗活动,也不会影响您和医护人员之间的关系。

医师已经详细告知上述内容,我确认已经完全知晓以上内容。经慎重考虑,我同意提供自己的个人人口学资料、病历、影像、手术视频和图片、照片等资料,以供临床教学及医学研究。

患者或委托代理人签字: [REDACTED]

医生签字: [REDACTED]

签字日期: [REDACTED]

签字日期: [REDACTED]