

知情同意书

尊敬的 [REDACTED] 先生，

您目前诊断为 脑出血后遗症（右侧丘脑）。丘脑出血在临床上较常见，通常会导致患者出现如躯体感觉障碍、偏瘫、语言障碍和运动障碍等功能障碍。然而，临床上多种症状并存的现象罕见，相关的病例暂未见报道。由于您的症状和体征较罕见，因此我们希望能征得您的同意后将您的病例资料进行整理后发表至医学期刊“World Journal of Clinical Cases”以供更多的专业医师及科学研究者探讨。这将为该种疾病的研究提供有益的信息，也有助于对您的病情作出评价，为您的临床治疗提供帮助。

对于您来说，所有的信息将是保密的。如果您同意将您的病例资料包括视频和图片等整理后发表，您的个人资料均属保密。任何可以识别您身份的信息将不会透露给研究小组以外的成员，除非获得您的许可。所有的研究成员都被要求对您的身份保密。这项研究结果发表时，将不会披露您个人的任何资料。您也可以和您的亲属、朋友一起讨论，或者请医生给予解释，帮助您做出决定。

您可随时了解与本研究有关的信息资料，如果您有与本研究有关的问题或有关于本项研究参加者权益方面的问题您可以通过 18761981470（电话号码）与 余齐卫（研究者）联系。

本人及家属均已认真阅读上述内容并充分了解该研究的目的，愿意将包括视频及图片等个人病例资料整理后发表。

患者签名：

[REDACTED]

家属签名：

研究者签名：

[Signature]

日期：2021年 1 月 25 日

日期：2021年 1 月 25 日

日期：2021年 01 月 25 日



扫描全能王 创建