

知情同意书

尊敬的先生：

由于您的病情比较罕见，我们想将您的病情和治疗方法通过个案报道的方式发表在杂志上，用以学术交流。请您仔细阅读以下内容再决定是否同意。

一、风险/不适

我仅使用您的病例信息，您所承担的风险主要为隐私泄露的风险。但是，相关研究总结、文章、公开刊物中不会出现您的姓名、电话和住址等可身份识别的信息。

二、受益

您并不能从中直接受益，但是这有助于学术交流以及帮助其他跟您患同种疾病的患者。

三、我的权利

这是完全取决于您的自愿，您可以拒绝。如果您拒绝，您的治疗不会受到影响，也不会因此而受到歧视或报复。

四、伦理委员会

如果您有任何不满，请联系浙江医院伦理审查委员会。

伦理委员会办公室：浙江医院8号楼三楼 伦理委员会办公室。

联系电话：0571-81595231、0571-81595022。

联系人：李卫，谢小萍、张玲希。

最后，如果您同意，请您签署姓名。

患者签名：[REDACTED] 2021 年 2 月 1 日

患者联系电话：[REDACTED]

法定代理人签名： 日期： 年 月 日

与患者的关系：法定代理人电话：

我确认已向患者告知了详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

医生签名：[REDACTED] 日期：2021 年 2 月 1 日