

获取患者疾病信息用于“结核相关性噬血细胞综合征误诊为系统性红斑狼疮个案报道”的知情同意书

此知情同意书旨在向您提供信息，使您决定是否要提供疾病相关信息用于“结核相关性噬血细胞综合征误诊为系统性红斑狼疮个案报道”的研究。参加本研究完全是出于自愿。如果您决定不提供疾病相关信息，也绝不会影响您的正常治疗。

关于这项研究：

您的疾病相关信息暂时保存在大坪医院风湿免疫科，用于“结核相关性噬血细胞综合征误诊为系统性红斑狼疮个案报道”的研究。本研究结束后，您保存于大坪风湿免疫科的疾病信息将被彻底清除。

程序：

如果您同意参加此研究，研究人员将采集您的疾病等相关信息。只有研究人员能够使用您的疾病相关信息，其他无关人员均不能接触或者使用。

风险：

参与此项研究主要存在一些非生理上的风险，如隐私或机密丧失。但我们认为这种不正当透露的风险是非常小的，因为我们在这项研究中已采取了严格的隐私和保密程序。

益处：

您参与此项研究不会给您带来直接的益处，但您的参与可能有助于增加人们对结核相关性噬血细胞综合征患者认识和了解，或有助于提高疾病疗效。

撤销同意书：

你随时可以撤销此同意书，终止对研究人员您疾病相关信息的使用。这绝不会影响到您的医疗利益。如果您要撤销您的知情同意书，请联系医生陈文婷，联系方式为15523242462，因为只有她获得了您的信息。

隐私和机密

我们保证您的疾病信息只用于该研究，而不会用于其它。在将来某个时候，研究成果的相关信息可能发表在杂志上，但您的个人信息绝不会被提及。

问题：

如果您对疾病信息采集或此研究有任何问题，或者如果您在疾病信息采集过程中受到伤害，请拨打研究者陈文婷的联系电话15523242462，如果您对您的权利有任何疑问，请拨打本机构医学伦理委员会的电话：023-68757210。伦理委员会是由医务人员和非医务人员组成的团体，以审查研究资料并保护受试者为目的。

同意：

我已阅读了前面关于疾病信息的采集，了解了采集疾病信息的目的、程序、风险、益处、隐私等与研究相关的问题。我知道，在同意采集我的信息并签署知情同意书之后，我仍有权利撤回此同意书。

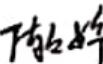
我同意提供疾病信息，并允许我的疾病相关信息在研究中使用，并在不提及我个人身份的前提下公开。

我知道我将受到一份已签字的知情同意书副本。

受试者签名： 

联系方式：

日期：2020.08.01

研究者签名： 

联系方式：15523242462 日期：2020.08.01

中国人民解放军陆军军医大学第三附属医院(所)

骨髓穿刺/活检术知情同意书

姓名: 性别: 年龄: 科室: 风湿免疫科 床号 住院号

单位:

临床诊断: "

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我需要在局部麻醉下进行骨髓穿刺术。穿刺取骨髓, 协助确定诊断及检测病情变化; 骨髓组织性病理检查, 协助确定诊断及检测病情变化;

手术潜在风险和对策

医生告知我骨髓穿刺/活检可发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的医疗方案术式根据不同病人的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我医疗方案的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。

3. 我理解此医疗方案存在以下并发症风险和局限性:

1) 局部感染或败血症: 局部穿刺点发生红、肿、热、痛, 或全身感染如发热、寒战等。2) 局麻药过敏, 药物毒性反应。3) 穿刺部位局部出血血肿。4) 心血管症状: 穿刺期间可能发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等。5) 由于疾病原因或病人自身因素导致的穿刺失败, 可能需要再次穿刺。6) 术中、术后出血、渗液、渗血, 损伤周围神经、动脉、静脉, 致出血、血肿形成。7) 穿刺针折断。

患者知情选择

☒ 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。 ☒ 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。 ☒ 我理解我的操作需要多位医生共同进行。 ☒ 我并未得到操作百分之百成功的许诺。 ☐ 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名:

签名日期 2019-10-09

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名: _____

与患者关系: ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其它近亲属 () ☐ 其它 (授权委托人)

签名日期 2019-10-09

医生陈述: 我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: 周颖

签名日期 2019-10-09