

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——告知页

1、研究背景：自 2020 年 1 月以来，新型冠状病毒肺炎开始在我市传播，该疾病属于《中华人民共和国传染病防治法》规定的乙类传染病，并采取甲类传染病的预防、控制措施。鹤壁市人民医院及鹤壁市第三人民医院自 2020 年 1 月至 2 月连续收治 16 例新冠肺炎患者，本研究将结合患者的流行病学资料、临床病案资料和影像学资料，对鹤壁市新冠肺炎的流行病学特点和患者血液生化指标的动态变化进行回顾性临床研究。

2、研究目的：分析报道鹤壁市新冠肺炎的流行病学特点，16 例新冠肺炎患者在入院前、治疗期间和出院前的临床病案资料和影像学资料。

3、研究方法及步骤：收集病案资料，查阅文献，撰写论文。

4、研究持续时间：1 月。

5、患者的风险和收益：本研究不涉及任何临床试验，但总结患者病案资料获得的数据，有助于新冠肺炎的防控和治疗。

6、风险防范与救治措施：无风险。

7、保密措施：严格保密。

8、自愿原则。

9、患者应该了解的其它事项：无。

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

患者签名：

联系电话：

日期：2020年2月7日

研究者签名：

联系电话：

日期：2020年2月7日

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

患者签名：

研究者签名：

联系电话：

联系电话：

日期：2020年2月9日

日期：2020年2月9日

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

患者签名：

研究者签名：

联系电话：

联系电话：

日期：2020年2月11日

日期：2020年2月11日

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

患者签名：[REDACTED]

联系电话：

日期：2020年 2 月 12 日

研究者签名：

联系电话：[REDACTED]

日期：2020年 2 月 12 日

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

患者签名：

联系电话：

日期：2020年2月13日

研究者签名：

联系电话：

日期：2020年2月13日

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

患者签名：[REDACTED]

联系电话：

日期：2020年2月15日

研究者签名：侯瑞芳

联系电话：[REDACTED]

日期：2020年2月15日

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

患者签名：



研究者签名：

侯瑞芳

联系电话：

联系电话：



日期：2020年 2月 15 日

日期：2020年 2月 15 日

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

患者签名：

[Redacted Signature]

研究者签名：

侯瑞芳

联系电话：

联系电话：

[Redacted Phone Number]

日期：2020年 2月 15日

日期：2020年 2月 15日

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

患者签名：



研究者签名：

侯瑞芳

联系电话：

联系电话：



日期：2020年 2月 17日

日期：2020年 2月 17日

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

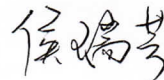
患者签名：



联系电话：

日期：2020年 2月 17日

研究者签名：



联系电话：



日期：2020年 2月 17日

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

患者签名：



研究者签名：

侯瑞芳

联系电话：

联系电话：



日期：2020年 2月 17日

日期：2020年 2月 17日

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

患者签名：

研究者签名：

侯瑞芳

联系电话：

联系电话：

日期：2020年 2月 17日

日期：2020年 2月 17日

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

患者签名：[REDACTED]

联系电话：

日期：2020年 2 月 17 日

研究者签名：

联系电话：

日期：2020年 2 月 17 日

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

患者签名：[redacted]

联系电话：

日期：2020年2月17日

研究者签名：侯瑞芳

联系电话：[redacted]

日期：2020年2月17日

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

患者签名：

联系电话：

日期：2020年 2 月 17 日

研究者签名：

联系电话：

日期：2020年 2 月 17 日

新型冠状病毒肺炎（COVID-19）患者临床病案资料使用知情同意书——同意签字页

研究项目名称：鹤壁市新冠肺炎（COVID-19）流行病学调查及患者血液生化指标动态变化的回顾性临床研究分析

申办者：鹤壁市人民医院

同意申明

本人已仔细阅读“临床病案资料使用知情同意书”，已了解这是一项回顾性临床研究，研究者已就此研究的目的向我做了详细解释，并对有关问题给予了解答，我在充分了解研究带来的利弊后，志愿参加本研究。

我已充分理解：

1、本回顾性临床研究的结果只用于科研目的，我的所有个人资料均属保密，将依照法律规定得到保护。

2、我参加本研究完全是自愿的，我可以在任何时间拒绝任何人使用我的病案资料，而不会遭到歧视或报复，我的医疗待遇与权益亦不会受影响。

患者签名：



联系电话：

日期：2020年2月17日

研究者签名：

侯瑞芳

联系电话：



日期：2020年2月17日