



## 病历用于科研、论文及教学知情同意书

尊敬 [redacted] 患者 (住院号: [redacted]), 感谢您对本医疗机构的信任及选择。依据前期我们的对您进行的检查, 我们考虑您患有 右冠状动脉粥样硬化

我们准备为您进行 双冠脉介入治疗  
 此项 (检查、治疗) 是我们正在开展的一项新技术, 该技术可能 有助于减少医疗费用;  
减少并发症; 增加患者舒适度; 提高准确性; 减少恢复时间; 其他

感谢您选择此项技术, 并已经签署此相关的检查或治疗的知情同意书表明同意。由于医学的进步需要大量的临床实践。若您使用此项新技术, 我们希望您能授权将您的病历资料用于学术交流、发表论文和科研教学等活动。以促进医学的进步, 让更多和您一样的患者获益, 再次对您为人类健康做出的贡献表示感谢。

**个人信息的保密的声明:** 患者的医疗记录 (研究病历/病例报告表、化验单等) 将完整地保存在患者所就诊的医院。医生会将化验和其它检查结果记录在患者的病历上。只有您的诊治医师及医院的管理机构、伦理委员会、国家食品药品监督管理局将被允许查阅患者的医疗记录。任何有关研究、论文及教学活动等公开报告将不会披露患者的个人身份。我们将在法律允许的范围内, 尽一切努力保护患者个人医疗资料的隐私。若您发现有任何侵犯您的隐私的行为, 可直接联系自贡市第一人民医院伦理委员会。

**关于费用的声明:** 患者的病历资料用于学术交流、发表论文和科研教学等活动, 患者将不收取任何费用, 再次对您为人类健康做出的贡献表示感谢。

### 患方同意声明:

我已经阅读了上述内容并充分理解, 自愿同意签署知情同意书, 并没有任何利益冲突。

患者签名: [redacted]

日期: 2021.7.27

医生声明: 我确认已向患者解释了上述所有内容, 并征得了患者充分理解及同意。

医生签名: [redacted]

日期: 2021.7.27