

(8) 我可以在出版之前随时撤销我的同意，但是一旦文章已经准备好出版（“已付印”），则不可能撤销同意。

(9) WJCC会按照法律的要求，安全和保密地保存同意书，直至不再有必要这样做为止。

请在方框中打勾确认如下内容：

☐ 我同意 WJCC仅出于以后在必要时联系我的目的保存我的联系方式（包括在欧洲经济区 [EEA] 以外）。

☒ 当本同意与在 WJCC病例报告中的一篇文章相关时，我/患者有机会对该文章做出评论，我/患者对该评论（如有）已在文章中得到反映感到满意。

签名： 林文吉 正楷书写姓名： _____

地址： 金钟廊5幢809室 电子邮箱地址： _____

_____ 电话号码： _____

如果代表患者签字，请给出患者不能自己予以同意的理由（例如，患者死亡，年龄在 18 岁以下，或患有认知或智力障碍）。

_____ 日期： _____

☐ 如果您是为一个家庭或其他团体签名，请在方框中打勾，以确认该家庭或团体的所有相关成员均被告知

如果患者为 7 岁或更大年龄的儿童，他们也必须确认他们同意这样做：

签名： _____ 正楷书写姓名： _____

出生日期： _____ 日期： _____

向患者或其代表（例如相应的作者或有权获得同意的其他人）解释和给予同意书之人的详细信息。

签名： _____ 正楷书写姓名： _____

职务： _____ 地址： 中国

研究单位 _____

民医 _____

电子邮箱 _____ 电话号码： 18

日期： _____



(8) 我可以在出版之前随时撤销我的同意，但是一旦文章已经准备好出版（“已付印”），则不可能撤销同意。

(9) WJCC会按照法律的要求，安全和保密地保存同意书，直至不再有必要这样做为止。

请在方框中打勾确认如下内容：

☐ 我同意 WJCC仅出于以后在必要时联系我的目的保存我的联系方式（包括在欧洲经济区 [EEA] 以外）。

☒ 当本同意与在 WJCC病例报告中的一篇文章相关时，我/患者有机会对该文章做出评论，我/患者对该评论（如有）已在文章中得到反映感到满意。

签名： 林天吉 正楷书写姓名： _____

地址： 金科廊桥5幢809室 电子邮箱地址： _____

_____ 电话号码： _____

如果代表患者签字，请给出患者不能自己予以同意的理由（例如，患者死亡，年龄在 18 岁以下，或患有认知或智力障碍）。

_____ 日期： _____

☐ 如果您是为一个家庭或其他团体签名，请在方框中打勾，以确认该家庭或团体的所有相关成员均被告知

如果患者为 7 岁或更大年龄的儿童，他们也必须确认他们同意这样做：

签名： _____ 正楷书写姓名： _____

出生日期： _____ 日期： _____

向患者或其代表（例如相应的作者或有权获得同意的其他人）解释和给予同意书之人的详细信息。

签名： _____ 正楷书写姓名： _____

职务： _____ 地址： 中国

研究单位 _____

民医 _____

电子邮箱 _____ 电话号码： 18

日期： _____

