

知情同意书

尊敬的患者：

我们拟将您的病例进行学术报道，在您决定是否愿意授权予我们之前，请仔细阅读以下内容。

一、研究背景和研究目的

为临床诊治提供借鉴。

二、具体程序和流程

提供病史及病例资料。

三、如果参加研究您需要做什么

配合医师收集病例资料及后续的随访。

四、您个人信息的保密

在研究期间，您的姓名、性别等个人可识别信息将用代号或数字代替，并予以严格的保密，只有相关的医生知道您的个人信息，您的隐私权会得到很好的保护。研究结果可能会在杂志上发表，但不会透露任何可识别信息。

如果您同意参加：所有的医疗资料都将被发起此研究的研发单位的有关人员、相关权威机构查阅或伦理委员会查阅，以检查研究的操作是否恰当。如果您签署了知情同意书，也就意味着您同意接受上述人员的查阅。

五、参加研究的风险与不适

无。

六、参加研究的受益：

为临床诊治提供借鉴

七、参加研究的相关费用

无

八、补偿

无

九、拒绝参加或者退出研究的权利

是否参加本研究完全取决于您的自愿。您可以拒绝参加此项研究，或在研究过程中的任何时间无理由退出研究。

知情同意签字-同意签字页

如果您完全理解了这一研究项目的内容，并同意参加此项研究，您将签署此知情同意书，一式两份，由研究者和受试者本人或受委托人各保留一份。

由受试者本人或其合法代表签署：

同意声明：

- 1、我确认已阅读并理解了此项研究的知情同意书，在研究过程中可能出现的问题及解决方法已经向我解释，并且我有机会提出自己的疑问。
- 2、我已明确参加研究属于自愿行为，拒绝参加研究不会损害我应有的任何利益。
- 3、我已得知参与本研究的医师、浙江萧山医院主管此项工作的负责人以及浙江萧山医院的医学伦理委员会均有权审阅研究记录和病例资料，我同意上述方面的人员直接得到我的研究记录，并了解上述信息将得到保密处理。
- 4、我同意参加本研究

受试者姓名全称：

2022年9月2日

受试者之代理人姓

2022年9月2日

与受试者的关系：是否有受试者的授权委托书：是（否）

联系方式：

以下由执行知情同意过程的医师完成

研究者声明：我确认已就本研究的性质、目的、要求和可能的风险向患者进行了解释和讨论，并同时探讨了其他可选择的治疗方案，并确保本受试者知情同意书的副本已交给受试者保存。

研究者姓名全称

2022年9月2日

联系方式： /