

中山大学附属第三医院 医疗数据及剩余标本使用 知情同意书

患者基本信息

登记号:
姓名:
性别:
年龄:
科室:

一、目的

本知情同意书旨在告知您，您在本院诊疗（包括门诊和住院）期间的个人诊疗数据及剩余标本将有可能被用于非营利性质的医学科学研究。

二、知情告知

医生已告知我以下内容：

诊疗数据包括病史、体征、手术和其他治疗信息、化验和检查结果等；剩余标本包括化验剩余的血液、尿液、胸腹水、脑脊液、组织等，还包括手术切除的废弃组织。您不会因此受到额外的伤害和损失，也没有直接的受益，但您提供的医疗数据将有助于医学进步发展，未来使自己和患有同样疾病的人从中受益。

三、患者知情选择

- 我们将严格遵守国家相关法律法规和伦理规范使用数据和标本，保障数据安全，您的个人信息不会出现在任何公开发表的内容中，您的隐私不会被泄露。您是否同意完全是自愿的。
- 您的拒绝对您目前或未来的医疗服务不会有任何负面影响。
- 即使您同意参加以后，也可以在任何时间改变决定，您的决定改变不会影响您获得正常的医疗服务。

患者声明：我已充分并详细了解以上内容，医院已经向我详细说明了个人数据和剩余标本可能被用于科研的情况，我有足够的时间和机会提出问题，院方解答了提出的有关问题。

我（填同意或不同意）个人医疗数据和剩余标本用于科学研究。

患者签名：_____

日期：____年__月__日__时__分

患者近亲属/授权代理人签名：_____

日期：____年__月__日__时__分

与患者的关系：患者的_____

四、医生陈述

我已经告知患者个人医疗数据和剩余标本可能用于科学研究的相关信息，并对患者提出的问题和疑虑进行了详细解答和说明。

医师签名：_____

日期：2023年02月13日 10时12分