

广西医科大学附属肿瘤医院人类遗传资源收集知情同意书

尊敬的病友：

为了您的诊疗的需要及开展肿瘤相关科学研究的需要，根据《中华人民共和国人类遗传资源管理条例》【国务院令 717 号】要求，在征得您同意的情况下，我们在您诊疗期间收集您的血液、尿液、组织等生物样本及有关病历资料以供研究使用。

1. 保证在不影响您的诊疗及身体康复的前提下，我们在临床常规检查时收集您的血液、尿液等样本；在手术之后我们将收集您的手术切除标本，对您不会有任何风险。

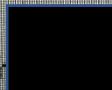
2. 您的生物样本将以编号的方式进行标识后保存，您的姓名、电话、地址等可识别您个人身份的信息将进行保密处理。我们不会向任何人和任何机构透露您的个人信息，公开发表的出版物中也不会包含您的个人信息。

3. 我们希望研究结果将对您及改善未来病人的诊疗有所帮助，您无需承担留存样本和科学研究而产生的费用，非常感谢您为科学研究做出了贡献。

4. 您可以随时无条件退出，我们将按有关规定处理您的标本，此举不会对您的诊疗或者其他方面的利益造成损失。如果您有任何疑问，随时可联系并咨询您的主管医师。

5. 我们已经向您介绍了相关的内容，以及请您参与的理由，如果您愿意参加，请在下面签字：

被收集者签名



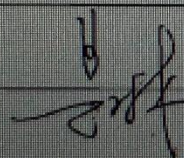
时间



(或授权人签名：

时间：

收集者签名：



时间：



经南京协和医院 + 南京协和医院 学术交流周志书

您好！

根据您目前的病情，您有此手术适应症，医师特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中拟使用高值医用耗材和仪器、术中或术后可能出现的并发症、手术风险等。帮助您了解相关知识，作出选择。

一般项目	患者姓名	性别	年龄
	科室	病房	病案号
医师告知	【术前诊断】		
	【替代医疗方案】（不同的治疗方案及手术方式介绍）		
	根据您的病情，目前我院主要有但不限于如下治疗方法和手术方式：		
	【建议拟行手术名称】		
	【手术目的】		
	【手术部位】		
	【拟行手术日期】		
【拒绝手术可能发生的后果】			
【患者自身存在高危因素】			
1、高龄； <input type="checkbox"/> 2、心脑血管疾病； <input type="checkbox"/> 3、解剖变异； <input type="checkbox"/> 4、肿瘤巨大，侵及周围器官； <input type="checkbox"/> 5、糖尿病； <input type="checkbox"/> 6、营养不良； <input type="checkbox"/> 7、其他。			
【高值医用耗材】术中可能使用的自费或部分自费的高值医用耗材			
（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书）			
【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】			
<input checked="" type="checkbox"/> 1、麻醉意外；			
<input type="checkbox"/> 2、根据术中情况，可能改变手术方式或手术不能成功进行；			
<input checked="" type="checkbox"/> 3、病灶不能切除或不能彻底切除；			
<input checked="" type="checkbox"/> 4、术中、术后大出血，导致休克及危及生命，术后大出血必要时行二次手术治疗；			
<input checked="" type="checkbox"/> 5、手术区附近重要血管、神经、器官等意外损伤，严重甚至残废；			
<input checked="" type="checkbox"/> 6、术中或术后心脑血管意外，心、肺、肝、肾等重要器官衰竭；			
<input type="checkbox"/> 7、术后伤口积液、感染、裂开、延迟愈合或不愈合；			
<input checked="" type="checkbox"/> 8、如果卧床时间较长可能导致肺部感染，泌尿系统感染，褥疮，深静脉血栓及肺栓塞、脑栓塞等；			
<input checked="" type="checkbox"/> 9、术后肿瘤复发、转移；			

[illegible]

【术后主要注意事项】

我及委托代理人确认: