

患者知情同意书

尊敬的患者：

您好！首先感谢您对我们工作的信任、支持与配合。请您仔细阅读本文，欢迎您提出问题并与您的家人、亲属、朋友们或我们探讨。我们此次研究的目的是希望针对您在我院住院期间的疾病诊治过程进行单个病例的详细报道，并将其撰写成文，投稿至相关杂志进行发表，以分享我们的诊疗经验，并针对在这个过程中遇到的困境进行原因分析，从而总结经验教训，为下一次相关疾病的诊治积累宝贵经验。在论文撰写过程中，我们会对您当时住院期间的病情发展情况进行详尽报道，这其中我们需要在文章中展现您住院期间的伤口变化情况的图片，理化检查检验报告等相关病历资料，根据《赫尔辛基宣言》，我们调用您的相关病历资料进行临床文章撰写，需要获得您本人的知情同意，在这个过程中，我们将在现有法律范围内严格保护您的个人医疗资料隐私，文章中不会出现您和家人的姓名、家庭住址、联系方式等个人基本信息，您的伤口图片展示我们也经过裁剪处理，不会暴露您的任何身份信息。您可以在任何时间提出有关本次病例报道的问题，我们都会及时诚恳地为您做出解答。

最后，感谢您阅读以上材料，若您同意我们调阅您的病例资料，并将相关资料在文章中进行展现，请您在下方签署您的姓名并明确表示同意。

我已经仔细阅读了本知情同意书，我有机会提问而且所有问题均已得到解答。我理解为本次临床研究提供本人病历资料是自愿的，我可以选择不参加本研究，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。

我自愿同意提供自己在贵医院住院期间所有的病历资料用以该项临床研究，
我将收到一份签过字的“知情同意书”原件。

患者签名：

[Redacted Signature]

日期：2020年10月13日 7时8分

法定代理人签字：

[Redacted Signature]

同患者关系：父子

日期：2020年10月13日 7时10分