

M 001602850

## 中日友好医院 运动障碍神经遗传病门诊患者登记表

|         |  |         |   |         |    |
|---------|--|---------|---|---------|----|
| 姓名:     |  | 性别:     | 女 | 年龄(周岁): | 32 |
| 身份证号:   |  |         |   |         |    |
| 详细住址:   |  |         |   |         |    |
| 联系电话 1: |  | 联系电话 2: |   |         |    |

既往病史: 请在相应的位置打钩(√) 填写数量

|         |   |    |         |          |
|---------|---|----|---------|----------|
| 糖尿病史:   | 无 | 有  | 病程:     | 年        |
| 甲状腺疾病史: | 无 | 有  | 病程:     | 年        |
|         |   |    | 甲亢      | 甲减       |
|         |   |    |         | 甲状腺结节    |
| 头部外伤史:  | 无 | 有  |         |          |
| 饮酒史:    | 无 | 偶尔 | 经常      | 饮酒时间: 年  |
|         |   |    |         | 饮酒量(每次): |
| 吸烟史:    | 无 | 有  | 吸烟时间: 年 | 吸烟量(每日): |

## 关于参加运动障碍与神经遗传病相关研究的知情同意书

尊敬的患者:

我们希望请您参加运动障碍与神经遗传病相关临床与基因学研究, 在您决定是否参加这项研究之前, 请您尽可能仔细阅读以下内容。

- (1) 我们希望对您所患疾病开展一系列基因学研究, 目的是发现这种疾病的致病基因或易感基因, 以帮助我们寻找疾病原因, 为探索治疗方法提供依据。
- (2) 我们将以咨询和量表形式对您的疾病做一次全面调查, 并了解您家族中患病情况, 同时根据研究需要采集您和您家属的血样(约 5ml), 用于开展相关基因学分析。
- (3) 为了细致分析临床资料, 我们将对您的既往病历、辅助结果等相关信息进行记录; 同时对疾病相关的特殊临床表现, 如异常姿势及体征等, 进行拍照记录。

## 受试者承诺

我已经仔细阅读而且了解以上有关该研究的资料, 工作人员对研究的内容已作出详细解释, 并已回答了我提出的相关问题, 在充分了解本研究的前提下, 我愿意参加此研究, 并与医生充分合作。

我同意把我的医疗记录提供给工作人员用于本研究。

以下签名仅代表我同意参加本项研究, 并不意味着我放弃其他权利。

受试者或法定监护人签名:

医师签名:

日期: 2016年8月10日

日期: 2016年8月10日