

知情同意书

_____ 授权给王义宝教授及他在中国医科大学附属第一医院神经外科治疗团队进行相关病例研究和发表病例报告。我已知该病例研究不会提及我的姓名和住址，但会提到我的治疗过程，性别，年龄，和疾病史等信息。

我已被告知相关研究者们为学习及教育目的目前计划发表该病例研究至医学期刊杂志。

我不会因为该病例研究支付额外费用。我也不会收到任何与该研究相关版费或其他补偿费。

我没有被强制要求签署该知情同意书，我的治疗和治疗费用不会受我是否签署这份同意书而受影响。

我有权利在未来任何时候告知治疗医生后撤销我的知情同意批准，但我撤销批准不会影响已发表的信息，这份授权无截止日期。

受试者签字

研究者签字:

签字日期: 2018年3月30日