

知情同意书

题目: The clinical features of syphilitic myelitis with longitudinally extensive myelopathy on spinal magnetic resonance imaging

研究者: 胡文立, 北京朝阳医院神经内科, 首都医科大学, 北京, 100020

知情同意书需分为两部分, 内容应包括:

第一部分 患者须知

一、试验/研究介绍

1. 试验/研究名称及申办者/研究者: **胡文立**
2. 声明受试者参加的项目是一个病例报告和文献分析, 经北京朝阳医院伦理委员会审查批准。
3. 已经或即将参与此项试验/研究的受试者人数: 1 人。

二、试验/研究目的: 报道一例病例, 提高临床医生对高分辨核磁的应用意识。

三、风险及获益

1. 参与试验/研究可能带来的不适和风险: 无
 - 1.1 受试产品的不良反应及可能风险: 无
 - 1.2 使用受试产品带来的不适: 无
 - 1.3 参加试验/研究本身可能的风险: 无
2. 参与本试验/研究可能带来的获益: 得到规范化的指导

四、自愿及隐私原则

1. 自愿原则: 告知受试者: 您的参加与否完全自愿, 如果您自愿参加并成功入选, 我们希望 您能坚持完成本试验/研究; 您可不需任何原因随时决定不参与或中途退出此项试验/研究, 退出时我们会为您进行健康评估, 如有异常将会继续随访至您恢复正常或至稳定阶段。若您退出试验/研究, 我们保证您将来的治疗和护理不会受到任何方式的影响。

2. 隐私原则: 告知受试者: 您的隐私权将受到保护。您的个人资料是保密的, 但您的资料有 可能会接受有关部门(伦理委员会、食品药品监督管理局)的监察。临床试验的结果及数据可能公开发表, 但关于您个人资料的隐私内容不会对外披露。

五、研究医生联系方式

参与本临床试验/研究期间, 您如果有相关疑问或紧急情况, 请与您的研究医生联系, 联系电话 13401139148 (要求留下有效联系方式, 如手机号码)。