

# 新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院

## 個案報告(Case Report)病人資料提供同意書

主持人簽章：區陽明

☐ 本同意書由受試者本人簽署 ☐ 本同意書由法定代理人簽署(收 20 歲以下才須保留此項目)

計畫中文名稱：自發性上腸繫膜動脈剝離：一病例報告

計畫英文名稱：Spontaneous SMA lisssection following UGI panendoscopy

執行單位：一般外科 主治醫師：區陽明 電話：0984160375

共同主持人：洪忠義 單位/職稱：主治醫師 電話：0984160376

協同主持人：洪忠義 單位/職稱：主治醫師 電話：0984160376

密24小時緊急聯絡人：洪忠義 24小時聯絡電話：0984160376

病人姓名：洪忠義 病歷號碼：19511531

性別：男 年齡：45

聯絡通訊地址：台北市中山區

聯絡電話：0984160376

法定代理人/有同意權人姓名：洪忠義

與受試者關係：父子

性別：男 年齡：45

通訊地址：台北市中山區

聯絡電話：0984160376

### 一、目的：

因您罹患之疾病具有醫學上教育意義之特殊案例，故計畫主持人想要蒐集您的病歷資料進行臨床病例報告或學術雜誌文章發表，並將與專業領域內之各科醫護人員進行廣泛交流與討論，以增進臨床醫療品質、促進研究交流。

### 二、方法：

計畫主持人將整理您的病歷資料並與醫學文獻查詢比對驗證，以科學化之方法進行資料分析並做討論。

### 三、個人權益之保護：

(一) 主持人將維護您應有之權益與隱私，並妥善保存資料。

(二) 主持人在撰寫過程中所得資料僅發表於學術雜誌或於醫學會議中報告，您的身分與個人隱私資料不會被洩漏，若有與您相關的相片或圖片會做隱藏您個人特徵之處理，未經您或您的法定代理人書面同意，相關人員不會將您的資料洩漏給無關之第三者。

(三) 除非因病情後續治療需要對您的情況進行追蹤與列管，主持人或相關人員不會主動與您聯繫或接觸，如有疑問，可逕行與主持人聯繫確認。

(四) 如有疑慮，您或您的法定代理人可依您的意願隨時提出拒絕主持人或相關人員使用您的資料之要求；您或您的法定代理人不得要求計畫主持人

以金錢或物質回報以換取資料使用權利。

(五) 您有權利拒絕或退出本研究，並不會因此影響您應有的醫療照顧。

### 四、簽章

A. 計畫主要主持人或共/協同主持人已詳細解釋有關本個案報告的性質與目的、對個案可能產生的影響及個人權益。

主要或共/協同主持人簽名：區陽明 日期：2019年1月2日

B. 我已詳細瞭解上述個案報告目的、方法及我個人權益利益，有關我的病歷資料的疑問，業經主持人或共/協同主持人詳細予以解釋，本人同意將個人病歷之無法辨識個人資料部份提供主持人做公開發表，且將持有同意書副本。

同意人(個案)簽名：洪忠義 日期：2019年1月2日

(以下項目若不符研究需要，請刪除)

法定代理人簽名：洪忠義 日期：2019年1月2日

\* 同意人為無行為能力(未滿7歲之未成年者或受監護宣告之人)，由法定代理人為之；受監護宣告之人，由監護人擔任其法定代理人。

\* 同意人為限制行為能力者(滿7歲-未滿20足歲)，應得其本人及法定代理人之同意。

輔助人或同意權人簽名：洪忠義 日期：2019年1月2日

\* 同意人因精神障礙或其他心智缺陷，致其為意思表示或受意思表示，或辨識其意思表示效果之能力，顯有不足，而受法院之輔助宣告者，應得輔助人之同意。

\* 同意人雖非無行為能力或限制行為能力者，但因意識混亂或有精神與智能障礙，而無法進行有效溝通和判斷時，由有同意權之人為之，前項有同意權人為配偶及同居之親屬，簽署時應同時出示相關證明文件以供主持人確認身份。

(一) 見證人：

姓名：洪忠義

身分證字號：1111111111 聯絡電話：0984160376

通訊地址：台北市中山區

簽名：洪忠義 日期：2019年1月2日

\* 同意人、法定代理人、輔助人或同意權之人皆無法閱讀時，應由見證人在場參與所有個案同意之詳細，並確定同意人、法定代理人、輔助人或同意權之人之同意完全出於其自由意願後，應於同意書簽名並註明日期，本研究案相關人員不得為見證人。