

# 湖州市中心医院检测数据结果（儿科）收集及使用知情同意书

Huzhou Central Hospital(Pediatric Department )

## Consent To Medical Procedure

姓名

住院号

病区床号 35-07

患儿家属告知：

患儿在本院住院诊疗期间，我们将按正常的诊疗常规给予相应的操作、检查及治疗，我们将保存患儿住院治疗期间正常诊疗常规所需的血液、组织、尿液、粪便、胃液、胸腹水和/或其它\_\_\_\_\_ (检测数据结果)，必要时在随访期间仍需相同标本数据结果。

我们保证按照患者病情需要来开展正常的诊疗及操作，所有的标本收费按照国家相关部门收费标准，不会给您造成额外的伤害及经济负担。检测数据结果的保存是长期的，在保存过程中，如果患儿的检测数据结果用于科学研究，其研究结果将不会存入患儿的保险等健康档案；如果我们得到您不同意使用检测数据结果的告知，将不再使用您患儿的任何检测数据结果。我们按法律规定对您患儿的身份、健康信息全面保密，您患儿的身份识别仅为样本编号和研究编号，用于专业医学杂志及论文的发表及科研及医学的研究中使用。不用于商业及其他公开途径的宣传及发表。

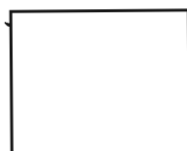
谈话医师签名：



签字时间：2020年 1 月 30 日 12时 30分

我已经阅读了本知情同意书，我理解参加本活动完全是自愿的。我知道我患儿的检测数据结果和所有信息的采集都将在法律允许的范围内全面保密。我也可以选择拒绝参加，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。经慎重考虑，我同意参加本活动。

家属签名：



(与患儿关系 母女 )

联系方式：

签字时间：2020年 1 月 30日 12时 30分