

Информированное согласие на публикацию данных пациента

Пациент:

А. И.

Марисовна

Ф. И. О.

Предварительное название статьи, в которую будет включен материал о пациенте:

*Необходимое метастазирование гастроинтестинального лимфоидной опухоли
в лимфоидной ткани в лимфоидной ткани*

Согласие Я,

личное наблюдение

Ф. И. О.

согласен на публикацию данных обо мне/пациенте. Я осознаю, что в статье могут содержаться данные об анамнезе моей жизни (жизни пациента), семейном анамнезе и/или истории моей болезни (болезни пациента), а также о лечении и хирургических вмешательствах, которые были или будут в связи с этим произведены. Я отдаю себе отчет в том, что, несмотря на публикацию материала без указания моего имени / имени пациента и удаление из текста большинства идентифицирующих меня/пациента деталей, полная анонимность не может быть гарантирована, кто-либо может узнать меня/пациента. Я понимаю, что статья будет опубликована в печатной и электронной версиях журнала «Инновационная медицина Кубани». Последнее предполагает свободный и постоянный онлайн-доступ к публикации. Читательская аудитория журнала – врачи и другие работники медицинской сферы, однако со статьей также сможет ознакомиться любой желающий. Мне разъяснили, что текст или иллюстрации статьи могут быть воспроизведены в другой публикации, переведены на другой язык или размещены на другом вебсайте. Давая согласие на публикацию материала обо мне/пациенте, я понимаю, что не получу от этого никакой материальной выгоды. Я ознакомился с материалами, которые будут направлены для публикации в редакцию журнала «Инновационная медицина Кубани». Я могу отозвать свое согласие в любой момент до публикации статьи, но, как только статья будет одобрена к опубликованию, отозвать согласие будет невозможно. Все члены моей семьи / семьи пациента в случае, если информация о них содержится в статье, поставлены в известность и выражают согласие на публикацию сведений о них. Ф. И. О. члена семьи _____ Ф. И. О.

члена семьи _____

Ф. И. О. члена семьи _____

Подписано: _____

Дата: _____

Данные

лица, которое разъяснило содержание документа и представило его пациенту или его законному представителю: Подписано: _____ Ф. И. О.

Должность: _____

Учреждение: _____

Дата: _____

