

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流(GER)和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本项研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。

您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。

患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名:



日期:

2014.9.17

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名:



日期:

2014.09.17

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流 (GER) 和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本项研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。

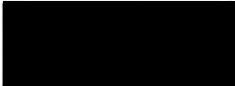
您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。

患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名:  _____

日期: 2017/06/05

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名:  _____

日期: 2017.06.05

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流 (GER) 和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本项研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。


您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。


患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名: 

日期: 2017.3.14

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名: 

日期: 2017.03.14

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流 (GER) 和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本项研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。


您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。


患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项目实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名:  _____

日期: 2013.10.05

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名:  _____

日期: 2013.10.05

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流(GER)和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本项研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。

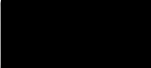
您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。

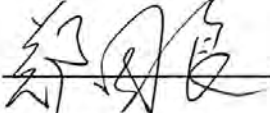
患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项目实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名:  _____

日期: 2013.10.15 _____

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名:  _____

日期: 2013.10.15 _____

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流(GER)和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本项研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。


您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。

患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项目实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名:  _____

日期: 2013. 11. 21

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名: 刘勇 _____

日期: 2013. 11. 21

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流 (GER) 和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本项研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。

您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。

患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项目实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名: _____

日期: 2014.06.21

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名: 刘勇

日期: 2014.6.21

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流(GER)和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本项研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。

您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。

患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名: _____

日期: _____

2015.6.27

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名: _____

日期: _____

刘勇

2015.6.27

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流 (GER) 和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本项研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。

您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。

患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名: _____

日期: _____

2015.8.13

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名: _____

日期: _____

郑国良

2015.08.13

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流(GER)和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本项研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。

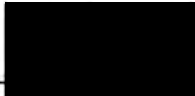
您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。

患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名: 

日期: 2015.12.24

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名: 杨东

日期: 2015.12.24

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流(GER)和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本项研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。

您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。


现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。

患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名:



日期:

2016.8.20

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名:

杨东

日期:

2016.8.20

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流 (GER) 和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本项研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。


您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。

患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名:  _____

日期: 2017/1/17

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名: 杨东 _____

日期: 2017-1-17

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流 (GER) 和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。

您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

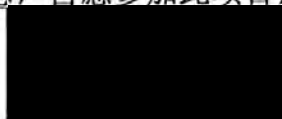
现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。

患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名:



日期:

2018. 6. 11

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名:

毛洪

日期:

2018. 6. 11

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流 (GER) 和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本项研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。


您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。

患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项目实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名:  _____

日期: 2018.7.11

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名: 刘勇

日期: 2018.7.11

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流(GER)和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。


您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。

患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项目实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名:  _____

日期: 2016.7.21

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名: 王秋 _____

日期: 2016.7.21

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流(GER)和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本项研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。

您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

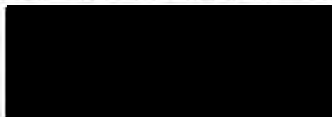
现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。

患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名:



日期:

2019.3.6

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名:



日期:

2019.03.06

知情同意书

尊敬的患者:

由于您目前被诊断为食管胃结合部 GIST, 需进行手术治疗。目前, 常规手术方式为近端胃大部切除术。目前此类常规手术切除贲门导致严重的术后胃食管反流 (GER) 和较差的生活质量。

本科室现开展一项“保留贲门的适形切除手术技术”的新技术。本项研究根据 GIST 的形状进行精确不规则的切除, 尽可能保留 Z 线, 然后手工缝合。

您可能的受益和风险: 本技术既可保证肿瘤切除边界的安全性, 可能使您的贲门得到保留, 精准化确定切除肿瘤范围, 使您的生活质量的到提高, 但不能保证您一定会得到上述受益。

现将以上内容如实告知患者及家属, 知情并同意。

参加本研究以自愿为原则, 您有充分时间考虑是否参加。您可以拒绝参加或退出研究, 并且不会因此受到歧视或不公正的对待及报复, 您的医疗权益与待遇不会受到任何侵犯。

如果您仍有疑问, 请联系: 郑志超/郑国良医生, 联系电话: 15204067001。

患者承诺: 作为一名患者, 医生已为我详细介绍本项目情况, 我在了解本项实验的目的、方法、可能获得的治疗利益和可能发生的不良反应/并发症后, 已充分考虑, 自愿参加此项目, 并愿与医生充分合作, 配合医生工作。

患者签名: _____

日期: _____

22/9/6/16

患者家属 (法定代理人签名): _____

日期: _____

医生签名: _____

日期: _____

22/9.06.06