

知情同意书 (INFORMED CONSENT FORM)

尊敬的患者，您好：

经入院后相关检查，目前考虑您的膀胱结石与宫内节育器异位至膀胱有关。此类型病例国内外报道较少，属于罕见病例，我们希望发表相关内容，增强其他医师对该类疾病的认识 and 了解。发表的相关文章会隐去您的私人信息，但会交代整个疾病的发病过程及治疗转归。若您同意，可签署知情同意书。

我已经阅读这份知情同意书，并且同意贵院发表该疾病相关文章。

我知道我可以选择不不同意发表，或在期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

受试者签字： 孙程方

签字日期： 2017.2.27

电 话： 13988815342

法定代理人签字 _____ (必要时) 签字日期： _____ (必要时)

电 话： _____

已经向受试者宣读和解释了这份知情同意书，并且回答了他/她所提出的所有问题。他/她本人也已经理解并同意参加此项科学研究。

研究者签字： 孙

签字日期： 2017.2.27

电话： 17700281715

知情同意书 (INFORMED CONSENT FORM)

尊敬的患者，您好：

经入院后相关检查，目前考虑您的膀胱结石与宫内节育器异位至膀胱有关。此类型病例国内外报道较少，属于罕见病例，我们希望发表相关内容，增强其他医师对该类疾病的认识 and 了解。发表的相关文章会隐去您的私人信息，但会交代整个疾病的发病过程及治疗转归。若您同意，可签署知情同意书。

我已经阅读这份知情同意书，并且同意贵院发表该疾病相关文章。

我知道我可以选择不不同意发表，或在期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

受试者签字：罗仕连

签字日期：2015.12.30

电 话：13540500821

法定代理人签字 _____ (必要时) 签字日期：_____ (必要时)

电 话：_____

已经向受试者宣读和解释了这份知情同意书，并且回答了他/她所提出的所有问题。他/她本人也已经理解并同意参加此项科学研究。

研究者签字：罗仕连

签字日期：2015.12.31

电话：1770281773

知情同意书 (INFORMED CONSENT FORM)

尊敬的患者，您好：

经入院后相关检查，目前考虑您的膀胱结石与宫内节育器异位至膀胱有关。此类型病例国内外报道较少，属于罕见病例，我们希望发表相关内容，增强其他医师对该类疾病的认识 and 了解。发表的相关文章会隐去您的私人信息，但会交代整个疾病的发病过程及治疗转归。若您同意，可签署知情同意书。

我已经阅读这份知情同意书，并且同意贵院发表该疾病相关文章。

我知道我可以选择不不同意发表，或在期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

受试者签字：周书

签字日期：2017.2.21

电话：18288862469

法定代理人签字 (必要时) 签字日期： (必要时)

电话：

已经向受试者宣读和解释了这份知情同意书，并且回答了他/她所提出的所有问题。他/她本人也已经理解并同意参加此项科学研究。

研究者签字：ph

签字日期：2017.2.21

电话：17700281113

知情同意书 (INFORMED CONSENT FORM)

尊敬的患者，您好：

经入院后相关检查，目前考虑您的膀胱结石与宫内节育器异位至膀胱有关。此类型病例国内外报道较少，属于罕见病例，我们希望发表相关内容，增强其他医师对该类疾病的认识 and 了解。发表的相关文章会隐去您的私人信息，但会交代整个疾病的发病过程及治疗转归。若您同意，可签署知情同意书。

我已经阅读这份知情同意书，并且同意贵院发表该疾病相关文章。

我知道我可以选择不不同意发表，或在期间的任何时候无需任何理由退出本研究。

受试者签字：刘帮主

签字日期：2017.6.1

电 话：18064913927

法定代理人签字 _____ (必要时) 签字日期： _____ (必要时)

电 话： _____

已经向受试者宣读和解释了这份知情同意书，并且回答了他/她所提出的所有问题。他/她本人也已经理解并同意参加此项科学研究。

研究者签字：ph

签字日期：2017.6.1

电话：17700281773

INFORMED CONSENT FORM

Dear patient,

After the relevant examination, we considered that your bladder stones are related to ectopic IUD. This type of case was rarely reported in the world, which is a rare case. We hope to publish relevant contents and enhance the understanding of other doctors on this kind of disease. Publishing articles will hide your personal information, but will explain the whole process of the disease and treatment outcome. If you agree, you can sign the informed consent form.

I have read this informed consent form and agree to publish articles related to the disease in your hospital.

I know that I can choose not to agree to publish or withdraw from this study at any time during the period without any reason.

Subject: _____

Date: _____

Telephone: _____

legal

representative _____

(if necessary)

Date: _____

(if necessary)

Telephone: _____

Witness: _____

(if necessary)

Date: _____

(if necessary)

Telephone: _____

The informed consent form has been read and explained to the subject and all questions he/she has asked have been answered. He/she has also understood and agreed to participate in the scientific research.

Researcher: _____

Date: _____

Telephone: _____