

اجازه انتشار مطالب مربوط به شناسایی فردی و توضیحات شرح بیماری در ژورنال های مغز و اعصاب Consent for Publication of Descriptions or Identifying Materials in Neurology® Journals

من رضایت خود را برای انتشار اطلاعات مربوط به وضعیت پزشکی خود و موادی که تحت عنوان مدارک پزشکی در ذیل توضیح داده شده اعلام می کنم. این اطلاعات در یکی از ژورنال های وابسته به آکادمی نورولوژی آمریکا منتشر میشود (AAN) یا (Neurology® Journals - (America Academy of Neurology) همچنین کارها و فرآیند هایی که از آن منشعب می شود در رسانه های بین المللی (از جمله وب سایت ها و رسانه های اجتماعی) منتشر خواهد شد

این " مدارک پزشکی " که شامل مقاله ها و گزارش های پزشکی مربوط به بیمار است و می تواند بصورت عکس، تصویر، و ویدیو باشد در ذیل توصیف می شود

این قسمت توسط نویسنده مقاله تکمیل شود

Author: Please complete

توضیح مقاله و سایر محتویات

(Description of article and contents) _____

(Description of article and contents) _____

(Description of article and contents) _____

(Description of article and contents) _____

نام نویسنده مقاله

(Author names) _____

(Author names) _____

این قسمت توسط بیمار تکمیل شود

Patient: Please complete

من آگاه هستم که

- " مدارک پزشکی " میتواند بیماری را توصیف کند و یا به نمایش بگذارد
- نام بیمار همراه با "مدارک پزشکی" منتشر نمی شود ولی گمنامی کامل هم تضمین نمی شود. من آگاه هستم که امکان آن هست که بر اساس تصاویر و یا توضیحات مربوط به بیمار افرادی به هویت بیمار پی ببرند
- " مدارک پزشکی " امکان دارد بصورت چاپ و یا بصورت الکترونیکی در انتشارات وابسته ، وب سایت های وابسته، ژورنال های مجوز، و یا چاپ مجدد (که شامل نسخه های به زبان های دیگر هم هست)، و در سایر تحقیقات و محصولات انشعابی منتشر شود
- من تمام حق و حقوق قانونی خود را در رابطه با "مدارک پزشکی" خود به آکادمی نورولوژی آمریکا میدهم. من آگاهم که در رابطه با این "مدارک پزشکی" هرگز هیچ مبلغی و یا حق امتیازی دریافت نمی کنم
- این "مدارک پزشکی" ممکن است ویرایش، اصلاح، و رتوش شود

لطفاً مطالب زیر را خوانده و فقط یک مربع را علامت گذاری کنید

من گزارش مقدماتی را خوانده ام و تمام تصاویر، عکس ها، و فیلم هایی که در صورت انتشار ضمیمه خواهد شد را مرور کرده ام

به من امکان داده شده که گزارش مقدماتی را بخوانم و تمام تصاویر، عکس ها، و فیلم هایی که در صورت انتشار ضمیمه این گزارش خواهد شد را مرور کنم ولی من از حق خود گذشتم

با امضاء این فرم موافقت خود را با مندرجات فوق اعلام می کنم. این فرم به دفتر تحریریه ژورنال مغز و اعصاب ارسال میشود **Neurology® Journals**

امضاء بیمار	اسم بیمار	تاریخ
_____	_____	_____
یا امضاء جانشین بیمار	اسم جانشین بیمار	تاریخ
_____	_____	_____

نسبت جانشین با بیمار

بیماران زیر سن قانونی که بیش از ۷ سال دارند باید به انتشار رضایت دهند

امضاء بیمار	اسم بیمار	تاریخ
_____	_____	_____