

Consent Form

טופס הסכמה

Name of Patient

Lavi Yeluditz

Relationship to patient (if patient not signing this form):

Description of the photo, image, text or other material (Material) about the patient. A copy of the Material must be attached to this form:

Splenic Micronodular

Provisional title of article in which Material will be included:

T-cell Nodular Rich

Lymph Node LPD - steroid pretreatment

שם המטופל

הקשר למטופל (במידה שהמטופל אינו האדם שחונם על טופס זה):

תיאור התצלום, התמונה, הטקסט או חומר אחר (חומר) בנוגע למטופל. יש לצרף לטופס זה עותק של החומר:

הכותרת הזמנית של המאמר שבו החומר יכלול:

I give my consent for the Material about me/the patient to appear in a publication in an academic journal.

אני מעניק את הסכמתי לכך שהחומר אודותי/אודות המטופל יופיע בפרסום בכתב עת מדעי.

I confirm that (check the appropriate box):

הריני מאשר כי: (יש לסמן את הריבוע הנכון):

have seen the photo, image, text, or other material about me/the patient, and have read the article to be submitted to the academic journal

צפיתי בתצלום, בתמונה, בטקסט, או בחומר האחר אודותי/אודות המטופל, וקראתי את המאמר שיוגש לכתב עת מדעי

waive my right to see the photo, image, text or other material about me/the patient and waive my right to read the article to be submitted to the academic journal

אני מוותר על זכותי לצפות בתצלום, בתמונה, בטקסט או בחומר האחר אודותי/אודות המטופל, ואני מוותר על זכותי לקרוא את המאמר שיוגש לכתב עת מדעי

I am legally entitled to give this consent.

אני רשאי להעניק הסכמה זאת באופן חוקי.

I understand the following:

אני מבין את האמור להלן:

1. The Material will be published without my/the patient's name attached, however I understand that complete anonymity cannot be guaranteed. It is possible that somebody somewhere - for example, somebody who looked after me/the patient or a relative - may recognise me/the patient.
2. The Material may show or include details of my/the patient's medical condition or injury and any prognosis, treatment or surgery that I have/the patient has, had or may have in the future.
3. The article may be published in a journal which is distributed worldwide. The academic journal's publications go mainly to doctors and other healthcare professionals but are also seen by many others including academics, students and journalists.
4. The article, including the Material, may be the subject of a press release, and may be linked to from social media and/or used in other promotional activities. Once published, the article will be placed on a academic journal website and may also be available on other websites.
5. The text of the article will be edited for style, grammar and consistency before publication.
6. I/the patient will not receive any financial benefit from publication of the article.
7. The article may also be used in full or in part in other publications and products published

1. המידע יפורסם מבלי ששמי/שם המטופל יהיה מצורף, אולם אני מבין כי לא ניתן להבטיח עילום שם באופן מוחלט. ייתכן שאדם כלשהו במקום כלשהו - לדוגמה, אדם שטיפל בי/במטופל או קרוב משפחה - עשוי לזהות אותי/את המטופל.
2. החומר עשוי לכלול פרטים הנוגעים למצבי הרפואי/מצבו הרפואי של המטופל או לפציעה ולפרוגנוזה, טיפול או ניתוח כלשהו שעברתי/שהמטופל עבר או עשוי לעבור בעתיד.
3. המאמר עשוי להתפרסם בכתב עת המופץ בכל רחבי העולם. פרסומי כתב עת אקדמי מופנים בעיקר לרופאים ולאנשי מקצוע אחרים בתחום הבריאות אך מעיינים בהם גם אנשים רבים.
4. המאמר, לרבות החומר, עשויים לשמש כנושא של הודעה לעיתונות, ועשויים להופיע קישורים אליו במדיה החברתית ו/או עשוי להיעשות בהם שימוש בפעילויות קידום מכירות אחרות. לאחר שיפורסם, המאמר יופיע באתר האינטרנט של כתב עת אקדמי ועשוי להיות זמין באתרי אינטרנט נוספים.
5. הטקסט של המאמר יעבור עריכה מטעמי סגנון, תחביר ואחידות בטרם פרסומו.
6. לא אקבל/המטופל לא יקבל תועלת כספית כלשהי מפרסום המאמר
7. חלקים מהמאמר או כולו עשויים גם לשמש בפרסומים ובמוצרים אחרים שיפורסמו על ידי

by other publishers. This includes publication in English and in translation, in print, in digital formats, and in any other formats that may be used other publishers now and in the future. The article may appear in local editions of journals or other publications, published in any country.

8. I can revoke my consent at any time before publication, but once the article has been committed to publication ("gone to press") it will not be possible to revoke the consent.
9. This consent form may be retained securely and in confidence by the publisher in accordance with the law, for no longer than necessary. Personal data provided in this form may be used and retained in accordance with the publisher's Privacy Policy.

מוציאים לאור אחרים. הדבר כולל פרסום באנגלית ובתרגום, בדפוס, בפורמטים דיגיטליים, ובכל פורמט אחר בו מוציאים לאור אחרים עשויים לעשות שימוש בהווה ובעתיד. המאמר עשוי להופיע במהדורות מקומיות של כתבי עת או פרסומים אחרים שיתפרסמו בכל מדינה בעולם.

8. באפשרותי לבטל את הסכמתי בכל עת לפני הפרסום, אולם לאחר שהמאמר יימסר לפרסום ("ישלח להדפסה") לא ניתן יהיה לבטל את ההסכמה.

9. טופס הסכמה זה עלול להישמר באופן מאובטח ובסודיות על ידי המוציא בהתאם לחוק, אך לא למשך זמן רב יותר מהנדרש. ניתן להשתמש ולשמור במידע אישי שהוגש בטופס הזה לפי מדיניות פרטיות של המוציא.

I agree to allow the publisher to store my contact information for the sole purpose of contacting me in the future if necessary.

אני מסכים לתת למוציא לאחסן את פרטי הקשר שלי אך ורק לצורך יצירת קשר עימי בעתיד, במקרה הצורך.

Printed Name יק/ריר - לסיאן ק'קולף 3 וריר שם בכתב ברור
 E-mail address _____ כתובת דואר אלקטרוני
 Telephone number 3/2227725 מספר טלפון
 Date 8/6/21 תאריך
 Signature יק/ריר חתימה

If signing on behalf of the patient, please give the reason why the patient can't consent for themselves (e.g. patient is under 18 or has cognitive or intellectual impairment).

במקרה שהחתימה נעשית בשם המטופל, יש לפרט את הסיבה לאי-יכולתו של המטופל להעניק את ההסכמה בעצמו (לדוגמה, המטופל נפטר, מתחת לגיל 18 או סובל מלקוי שכלי או קוגניטיבי).

If you are signing for a family or other group, please tick the box to confirm that all relevant members of the family or group have been informed.

במידה שאתם חתום עבור משפחה או קבוצה אחרת, יש לסמן את הרבוע על מנת לאשר כי כל בני המשפחה או חברי הקבוצה הרלוונטיים קיבלו הודעה על כך.

If the patient is age 7 years or older, they must also confirm their agreement:

במידה שהמטופל הוא ילד בן 7 שנים או יותר, עליו גם לאשר את הסכמתו:

Print Name _____ שם בכתב ברור
 Date of Birth _____ תאריך לידה
 Date _____ תאריך
 Signature _____ חתימה

Details of person who has explained and administered the form to the patient or their representative (e.g. the corresponding author or other person who has the authority to obtain consent).

פרטי האדם שהסביר את הטופס ונתן אותו למטופל או לנציגו (לדוגמה, המחבר הרלוונטי או אדם אחר שהינו בעל סמכות לקבל הסכמה).

Printed Name קקלי שווי שם בכתב ברור
 Position רוג'ה הוטל/ג'י תפקיד
 Institution סוויני מוסד
 E-mail address spivakmca@hsu.ac.il כתובת דואר אלקטרוני
 Phone number 052-5893902 מספר טלפון
 Date 8/6/21 תאריך
 Signature רוג'ה קקלי חתימה
נומחית לפנומית והמטולוגיה
מ.ר. 93007