

患者知情同意书

姓名: 性别: 年龄: 科室: 肿瘤 床号: 住院号:

欢迎您来我院就治疗,感谢您对我院的信任和支持。为使您早日康复,需您配合我们的诊疗工作。

根据目前的病情,住院期间我们需进行治疗(抢救)、检查等,在此过程中或后期有可能会出现问题或副作用。故请您仔细阅读,慎重考虑,以便给我们明确的意见。有可能会出现问题下列情况:

1. 药物,输液反应(发热、皮疹、呼吸困难等),严重者导致死亡;
2. 并发症: 下肢深静脉血栓形成、肺栓塞、肺炎、高热、胃出血等;
3. 外伤致其他暂不能明确诊断的脏器受损,突发加重而危及生命;
4. 心跳、呼吸骤停及各种恶性心律失常的发生导致死亡;
5. 由于目前医疗水平的限制,尽管投入了大量的人力、财力及精力,但仍不能治愈,或遗留各种后遗症;
6. 各种意想不到的意外发生而危及患者生命;
7. 有可能使用自费药物。

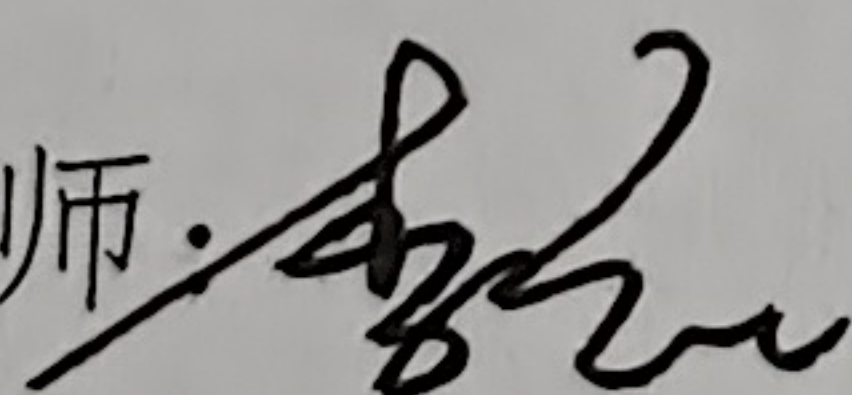
相关病情已告知家属,若表示理解,请签字。由于疾病的严重程度和本人体质差异不同,治疗效果,可能出现的风险不尽相同,对可能出现的风险,我们将采取必要的预防和救治措施以及合理的控制,尽可能的将风险降到最小程度,但由于目前医学技术水平所限,仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他情况,我们将适时调整诊疗方案。谢谢您的配合。

患者或家属如同意,请签字:

受委托人签字:

受委托人与患者关系:

管床医师:



科主任:

签字日期: 2017.2.4.