

中国医学科学院血液病医院

临床检查知情同意书

姓名:

年龄:21岁

病案号: 530433

检查名称: 静脉采血

根据患者目前的病情,需静脉采血进行临床诊断相关的检查。通常情况下,静脉采血不存在风险,但由于个体差异,并不能完全杜绝不良后果:

有些患者会出现出血、堵管和其他情况,如: 1) 局部或全身感染: 穿刺点发生红、肿、热、痛,发热、寒战等; 2) 损伤血管神经等并发症; 3) 由各种原因导致的穿刺失败,可能需要再次穿刺; 4) 其他不能预料的意外情况。

此外,该标本在做完相应的诊断性检查后,废弃标本可能用于某些血液病相关的医学研究,这些研究不会对您的诊断、治疗造成影响,但会有助于医学的发展。如果废弃标本用于研究,医院不会向您收取研究相关费用,我们也将对您的个人信息严格保密。

我已充分向患者(患者近亲属或代理人)交代相应检查事宜。采血过程中如发生不良反应,医务人员将按医疗原则积极予以治疗。

医师签名:

李园



日期: 2017年11月08日

本人系患者(或患者近亲属),患者因患病情需要,需行上述检查。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人已充分理解,同意接受此检查,愿意承担相应的风险和后果。并授权医师对检查标本进行合理的医学处理(包括用于医学研究)。

签署意见:(划“√”选择签署意见,若“不同意”必须写明原因)

同意: (√)

不同意: ()



患者签名

患者近亲属签名

与患者的关系

日期: 2017年11月08日