

济 宁 医 学 院 附 属 医 院

Affiliated Hospital of Jining Medical University

## 治疗知情同意书

患者姓名：[REDACTED]	性别：女	年龄：60	ID 号：[REDACTED]
-----------------	------	-------	-----------------

### 病情治疗和建议：

因患者患有宫颈微偏腺癌需进行手术治疗，我院已具备开展该项目的技术和设备条件，但仍存在一定风险和意外。出现风险和意外时我院会严格按照有关制度进行积极应对，尽量减少损害程度。

### 医生陈述：

我已告诉患者将要进行的治疗方式，此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险，可能存在的其他治疗方法，并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名：[REDACTED] 签名日期：2020 年 07 月 05 日

### 患者知情选择：

☐1 医师已经告知我应进行的治疗及治疗后可能发生的并发症和风险，可能存在的其他治疗方法，并且解答了关于我此次治疗的问题。

☐2 我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预定治疗方式做出调整。

☐3 我未得到治疗百分百的许诺。

患者姓名：[REDACTED] 签名日期：2020 年 07 月 05 日

如果患者无法签署知情同意书，请授权的亲属在此签名：

患者授权人员签名： 与患者关系： 签名日期：