



吉林大学第一医院

THE FIRST HOSPITAL OF JILIN UNIVERSITY

治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: 38 岁

ID: [REDACTED]

尊敬的患者及家属:

患者李宁, 目前 脑腱黄瘤病 已诊断明确, 因病情发展, 需要药物对症治疗。但是, 在治疗过程中, 可能产生一定的风险和意外。医生向您详细告知后, 如果您理解并愿意承担应用可能导致的风险, 自愿接受治疗, 请您签字。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: 李朝冉

签名日期: 2020.10.3

患者知情选择:

- 1、医师已经告知我应进行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作出调整。
- 3、我未得到治疗百分之百成功的许诺

患者姓名: [REDACTED]

签名日期: 2020.10.3

如果患者无法签署知情同意书, 请授权的亲属在此签名:

患者授权人签名:

与患者关系:

签名日期: