

圣爱中医馆

St. Ai traditional Chinese Medicine

治疗知情同意书——告知书

患者姓名: [REDACTED]	性别: 女	年龄: 19 岁
------------------	-------	----------

尊敬的受试者:

我院医务人员将在您入院后针对您的病情告知将采取的相应诊疗措施、存在的医疗风险等情况,解答您对疾病的咨询,经您(或授权委托代理人)充分知情和签名同意后,医务人员再根据您的要求进行相关医疗活动。在未征得您和家人的签字同意时,医务人员将不得进行手术等重大医疗行为。祝您心情愉快,早日康复!

病情预期变化:

- (1) 可能好转;
- (2) 可能迁延不愈;
- (3) 尽管经过积极规范的治疗和抢救,由于病情复杂严重,或个体差异病情可能恶化;
- (4) 在现有医学科学技术条件下,发生无法预料或者不能防范的不良后果;
- (5) 因不可抗力造成的不良后果;
- (6) 若一旦发生病情恶化,医务人员将按照医疗规程全力进行抢救。

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相关问题;
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。

患者和/或委托代理家属已阅读以上内容,表示对以上告知内容表示完全理解。

患者/法定监护人/委托代理人/签名: [REDACTED]

与患者关系(留空则默认为本人签名): [REDACTED]

谈话医师签名: 吴志明

签名日期: 2020.10.18

陈曦雅