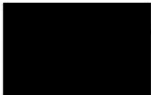


北京医院特殊检查知情同意书

超声造影检查

姓名  性别 女 年龄 80 岁 病案号 病房床

超声提示: 胃部不返. 超声号

拟行超声造影检查名称: 胃超声造影

操作中或操作后可能出现的风险和并发症:

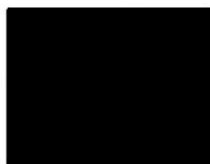
1. 恶心;
2. 腹痛;
3. 皮疹红斑;
4. 血糖升高;
5. 过敏反应如过敏性休克;
6. 其它

医生签名  2021年 9月 18日

患者、家属或受托人意见及签名:

我已认真阅读以上告知内容, 对上述各项内容医生已作详细解释, 我完全理解, 同意此项检查。

患者签名:



家属或受托人签名:

与患者关系:

2021年 9月 18日

