

镇江市第三人民医院 特殊检查/治疗同意书

姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 52 病区 二病区 床号 43 住院号 00147093
[REDACTED] 女, 52, 二病区, 43, 00147093。

患者因病于2018-12-14 09:20。入住我院感染二科。根据患方所陈述的病情、存在的症状及有关检查, 目前拟诊断为[入院诊断] 自身免疫性肝病, 甲状腺功能亢进。由于病情需要, 为了进一步明确诊断, 经治医师建议于 2018年 12月 17日进行 肝穿刺病理

检查。该检查是一种对人体有创伤性、高风险及高难度的诊断方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等因素, 由于已知和无法预见的原因, 本检查有可能会发生失败、并发症、损伤或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下, 该检查前后及检查时仍有可能存在如下医疗风险:

- 1、胆瘘
- 2、腹腔内出血
- 3、过敏性休克
- 4、穿刺失败
- 5、其他不适可能

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险, 但由于现有医疗水平所限, 仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度人身损害的不良后果。

医患双方的共识:

1. 医疗机构及其医务人员在医疗活动中, 必须严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规, 恪守医疗服务职业道德。

2. 患者已充分了解了该检查方法的性质、合理的预期目的、危险性、必要性和出现医疗风险情况的后果及可供选择的其他治疗方法及其利弊; 对其中的疑问, 已得到了经治医师的解答。经自主选择同意已拟定的检查/治疗方案。

3. 本同意书经医患双方慎重考虑并签字后生效。其内容为双方真实意思的表示, 并确认医方已履行了告知义务, 患者已享有知情、选择及同意权的权利, 将受我国有关法律的保护。本同意书一式二份, 医患双方各执一份。

患者或近亲属或法定代理人签字:

医院经治医师签字:

年 月 日
月 日

年

2018.12.17.

