

山西省人民医院内分泌科知情同意书

姓名：[REDACTED] 性别：男 年龄：16岁 住院号：[REDACTED]

临床诊断：Gitelman 综合征

病情及治疗建议：

就患者目前临床表现及相关检查结果,其是 Gitelman 综合征的可能较大,需进行进一步的检查(基因测序)以明确诊断,从而为后续的治疗提供依据。

患者知情选择

1. 我的医生已经告知我将要进行治疗方式、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我关于此次治疗的相关问题。

2. 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

3. 我理解我的治疗需要多位医生共同进行。

4. 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

5. 我授权医师对治疗切除的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名：[REDACTED] 签名日期：2018-12-1

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名： 与患者关系： 签名日期：

医生陈述

我已经告知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、可能存在的其它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：王程琳 签名日期：2018-12-1

