

临沂市人民医院

特殊检查/治疗同意书

患者姓名 [REDACTED] 性别: 女 年龄: 5.5岁 住院号/门诊号: [REDACTED] 签署日期 2017.6.12

特殊检查/治疗名称: 应用重组人生长激素

特殊检查/治疗目的: 治疗身材矮小

可能出现的并发症及风险:

1. 良性颅高压
2. 甲状腺功能减退
3. 糖代谢异常
4. 重组人生长激素与肿瘤: 重组人生长激素治疗不会增加无肿瘤发生风险患者新发恶性肿瘤的发生风险
5. 骨骼改变: 股骨头滑脱、脊柱侧弯等其他不良反应。

医师签名: [REDACTED]

医师已经告知我将要进行的检查/治疗方式、此次检查/治疗及检查/治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他检查/治疗方法, 并且解答了我关于此次检查/治疗的相关问题。我同意将要进行的检查/治疗方式, 并同意在检查/治疗中医师可以根据并且对预定的检查/治疗方式做出调整。

患者签名: _____

如果患者无法签署, 请其授权委托人或法定监护人签名: [REDACTED] 与患者关系 父女