

山西医科大学第一医院

治疗知情同意书

住院号

科室：神经内 科	患者姓名： [REDACTED]	性别：女	年龄：16 岁	床号：13
-------------	---------------------	------	---------	-------

疾病介绍和治疗建议：

医生告知我患有晚发型多种酰基辅酶 A 脱氢酶缺乏症，需进行药物治疗。

尊敬的患者家属或患者的法定监护人、授权（委托）人：

因病情需要，拟使用维生素 B12、左旋肉碱、美托洛尔治疗，我院已经具备进行该项治疗的技术和设备条件，但在治疗过程中仍存在一定的风险和意外，出现一些不良反应，当出现风险和意外时我院会严格按照有关制度进行积极应对，尽量减少损害程度。

患者知情选择：

① 我的医生已经告知我将要进行治疗，此次治疗可能发生的不良反应和风险，可能存在的其他治疗方法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案做出调整。

③ 我未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者签名：_____
签名时间：_____
如果患者无法签署知情同意书，请其授权人在此签名：
患者授权人签名：[REDACTED] 与患者关系 母
签名时间：2017. 11. 1

医生陈述：

我已告知患者将要进行治疗方案，此次治疗可能发生的不良反应及风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题，一旦发生意外，我们将立即采取应对措施，望家属协助配合。

医生签名：[REDACTED] 签名时间 2017. 11. 1