

武汉市汉口医院

呼吸内科知情同意书

姓名: 年龄: 42 岁 性别: 男 病区: 一病区 床号: 12 ID 号: B 住院号:

患者知情选择

1. 我的医生已经告知我将要进行的CT检查可能遇到的风险、意外及事先不可预知的情况, 并且向我解答了关于CT检查的相关问题。
2. 我同意在检查期间医生可以根据我的具体情况对检查实施方案作出调整, 一旦发生风险及意外情况, 本人授权医护人员按照医学常规予以处置。
3. 我理解我的检查方案的实施需要多位医生和技术人员共同进行。
4. 我并未得到CT检查可百分之百明确诊断所患疾病的许诺。
5. 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理以及用于医学研究的用途等。
6. 我已如实向医生告知我的所存病情, 如有隐瞒一切后果自负。

患者签名: 签名日期: 2020 年 1 月 22 日 09 时 05 分

谈话医生签名: 何顺平 签名日期: 2020 年 1 月 22 日 09 时 08 分

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属与患者关系: 签名日期: 年 月 日 时 分

患者不能签署知情同意书的理由:

医生陈述:

我已经告知患者将要进行的CT检查可能发生的并发症和风险, 并且解答了患者关于此查的相关问题。

医生签名: 何顺平 签名日期: 2020 年 1 月 22 日 09 时 08 分

武汉市汉口医院

呼吸内科知情同意书

姓名: 年龄: 42 岁 性别: 男 病区: 一病区 床号: 12 ID 号: 住院号:

CT 检查知情同意书

临床诊断: 肺炎: 非典型肺炎?

根据患者目前的病情需要, 结合现有医疗技术水平和我院诊疗实际, 推荐患者进行 胸部CT 检查(治疗)。

依据患者病情尽早行CT检查可发现隐匿病情及对进行病情评估, 但病情尚不明确的患者, 由于检查过程中的监护措施不足可能存在潜在的风险; 另外, 在CT扫描中, 当病变组织与正常组织密度接近时, 形成的CT图像自然对比度低, 病变组织不易显示, 这样单纯CT平扫容易遗漏病变; 有可能需进一步行CT增强检查或磁共振检查等。

CT检查潜在风险和对策

医生已告知我CT检查时可能发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的情况根据不同患者的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我CT检查的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解CT检查存在风险。
2. 我理解CT检查的局限性及可能进一步检查可能性。
3. 我理解对于重症患者、既往有心脑血管疾病患者。在检查过程中有可能发生其他不能预料的意外情况。
4. 我理解CT检查过程中如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响检查效果。
5. 我理解并同意, 由于医学的发展和疾病研究的需要, 我的CT检查及相关病情情况可能被用于医学研究。

替代方案: 拒绝检查, 保守观察。

知情同意书

申请人：何雁飞

知情原因：发表病例报告(Clinical characteristics, diagnosis and treatment of COVID-19: A case report)，论文编号:55939。

研究方案版本号及日期：KT-0680 2020.04

知情同意书版本号及日期：KT-0680-5 2020.04

申请专业科室：干部保健科

☐，作者何雁飞将在《世界临床病例杂志》上发表与您有关的材料文章、内容或照片的描述。

提交材料是一篇论文，题目是：新冠肺炎的临床特征、诊断和治疗，1例报告。如果同意，请在知情同意书的声明中签字。

如果您有什么问题，您可以通过66957816与何雁飞联系，或联系解放军总医院第六医学中心（原海军总医院）药物临床试验伦理委员会办公室，010-66957608。

患者声明

我已经仔细阅读了本知情同意书，本人同意上述材料的全部或任何部分出现在任何媒体上的出版物中，包括《世界临床病例杂志》和任何衍生作品或产品。我知道这些材料可能描述我的医疗状况，并且我明白有人可能会从图片和/或伴随的内容中认出我，但我同意使用与我有关的材料，包括材料可以被编辑、修改和润色。

患者签名：\

患者因无行为能力等原因不能签署知情同意书的，或患者为未成年人的，由其监护人签署。

监护人签名：

日期： 年 月 日

与患者关系：

患者不能签署知情同意书的理由：

申请者声明

我已准确地将知情同意书内容告知患者并对患者的提问进行了解答，患者愿意提供相关材料。

申请者签名：何明

日期：2020年5月3日