

四川省骨科医院
成都体育医院

诊断、治疗知情同意书

患者姓名

性别 女

年龄 55岁

科 别

经骨腰腿病乙科

床号 66床

病历号

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有

腰椎间盘突出症

疾

病，为准确判断病情、明确诊断及提高疗效，将可能涉及相关检查和治疗方案及治疗项目等及产生相关费用（其费用根据医疗卫生规定、医保、商业保险、公医等相关规定执行，部分项目为自费）等问题告知与您，若您或您的法定监护人或授权委托人同意，请选择并签字认可。

1. 检查类：选择性采用物理检查、X线摄片、CR片、CT检查、MRI检查、骨密度检查、彩超、心电图、肌电图、组织活检、病检。实验室检查（三大常规、血生化、风湿全套、ANA谱、输血前全套、血流变学、肌酶谱、HLA-B27、关节液检查、炎症标志物），诊疗中根据病情，可能需不定时复查相关检查项目及必要时院外检查。

2. 治疗方案：

2.1 非手术方案：

2.1.1 中医疗法：内服、外用中药、针灸、电针、手法复位、手指点穴、推拿、中药药物离子导入、中药熏洗、中药帖敷、中药热熨、灸法、加压包扎、牵引、夹板固定、钢托固定等。

2.1.2 康复项目：引导式功能训练、关节松动训练、关节活动度训练、冰敷、中频脉冲电治疗、CPM治疗、超声波、短波、激光、水疗、蜡疗、TDP治疗、CYBEX肌力训练、及其他理疗措施。

2.1.3 西药类：根据病情需要口服或静脉使用抗生素、消炎止痛药、慢作用抗风湿药、免疫调节药及其他对症治疗药物。

2.1.4 局部侵入操作：局麻、局部封闭、小针刀治疗、关节穿刺抽液送检、减压及关节腔内注射药、关节腔灌注冲洗治疗、局部组织活检等，上述操作将在严格消毒条件下完成，有疼痛、感染、过敏反应（发热、皮肤皮疹甚过敏性休克等）及其他反应的可能，一旦发生，我们将作相应处理。

2.1.5 其他：中西医结合方法综合治疗。希望能改善目前症状、功能、减轻体征，达到治疗目的。

可能的风险：经上述方案综合治疗后，由于病情复杂、严重，仍有部分患者症状、体征改善不理想，甚加重的可能，需转院或采用手术或其他方法治疗并会产生相应费用。

2.2 手术治疗方案：根据病情，经病区讨论，拟行手术治疗，手术方式、目的及风险详见手术同意书。

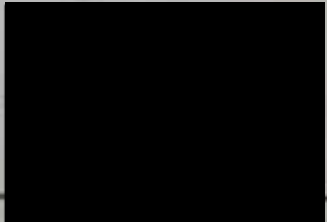
3. 其他：在诊疗中，有由于患者病情异常或体质特殊而发生医疗意外的可能；有在现有医疗科学技术条件下，发生无法预料或不能防范的不良后果的可能。

针对上述可能的情况，医生将尽力采取对应措施减少不良反应的发生或减轻反应的程度。

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的检查及诊治方案、此次诊治及诊治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我关于此次诊治的相关问题。
- 我同意并配合在诊治中医生给我推荐的非手术（手术）治疗方案。
- 我同意在诊治中医生可以根据我的病情对预定的诊治方式做出调整。
- 我理解我的诊治需要多位医生共同进行。
- 我并未得到诊治百分之百成功的许诺。
- 针对上述情况，我已经知道医生将尽力采取对应措施减少和/或减轻不良反应的发生，对可能发生的不良反应采取相应处理，我考虑后，对可能发生的意外及在现有医疗科学技术条件下，发生无法预料或不能防范的不良后果的医学风险表示理解，同意进行治疗，对发生的意外承担相应治疗费用。
- 我授权医师对诊治切除的病变器官、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。

以上情况医生已详细向我告知并说明，我已完全理解明白，同意诊断、治疗方案，并自愿接受治疗。


患者签名  签名日期 2016 年 7 月 29 日

如果患者无法签署知情同意书，请其法定监护人或授权委托人在此签名：

患者的法定监护人或授权委托人签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医生陈述

我已经告知患者、患者的法定监护人或授权委托人将要进行的治疗方式、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、患者的法定监护人或授权委托人关于此次治疗的相关问题。

医生签名  签名日期 2016 年 9 月 29 日