

成都市妇女儿童中心医院

特殊检查同意书

JL/YL-046-89

【患者信息】

患者姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 7月29天 床号 42 住院号 [REDACTED]

【病情介绍和治疗计划】

医师已告知目前诊断为 新生儿异常筛查，需要进行 基因 检查进一步明确诊断，指导治疗和评估预后。该项检查：新生儿病态筛查

【可能达到的效果】明确病因

【替代方案】新生儿筛查

【远期可能出现的并发症、潜在风险】

☒ 早产

☒ 其他可能发生的无法预料或者不能防止防范的并发症。

除上述情况外，该医疗措施在实施过程中/后可能发生其它并发症或者需要提请患者及家属特别注意的

【拒绝检查可能发生的后果】延误疾病诊断，延误治疗。

【患者知情选择】

我已详细阅读以上内容，对医师、护士的告知表示完全理解。

☒ 我的医生已经告知我将要进行的支持检查、及此次检查后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它方法并且解答了我关于此次检查的相关问题。

☒ 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的检查方式做出调整。

☒ 我理解我的治疗需要多位医生进行。

☒ 我并未得到治疗百分之百准确的许诺。

☒ 我同意将我的检查数据记录进入医院临床资料数据库，用于必要的研究

我明白在住院期间，若监护人意见或关系发生变化，需主动向医院提出及提交证明，否则医院仍按照原有知情同意书执行。

患者家属/监护人 同意（同意）接受该检查，并愿意承担因拒绝而发生的一切后果，

法定代理人签名 [REDACTED] 与患者关系：母亲 日期 2016 年 9 月 8 日

患者家属/监护人 _____（不同意）接受该检查，并且愿意承担因拒绝而发生的一切后果。

法定代理人签名 _____ 与患者关系：_____ 日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【医生陈述】

我已经告知患者（家属/监护人）将要进行的检查的并发症和风险、可以替代的其他方法，并解答了患者（家属/监护人）关于此次检查的相关问题。

医生签名 张永 日期 2016 年 9 月 8 日

如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。

注：1. 建议此知情同意书采用一式两份，患者方留存一份。