

山西医科大学第二医院

治疗知情同意书

门诊号: [REDACTED]

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 31 岁 科室: 皮肤科

病情和治疗建议: 因患者有 [REDACTED] 疾病, 需进行 维A酸 治疗,

该药物可能会造成血脂升高, 肝功能异常、精神抑郁以及其他不能预料的副反应, 出现这些情况是医院会严格按照有关制度积极应对, 尽量减少损害程度。

医生陈述: 我已告知患者将要进行的治疗方式, 此次治疗及可能发生的并发症和风险, 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。

医生签名: 李芳

签名日期: 2019.9.6

患者知情选择:

☒ 医师已告知我应进行的治疗及治疗后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。

☒ 我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预定治疗方案做出调整。

☒ 我未得到百分之百成功的许诺

患者姓名: [REDACTED]

签名日期: 2019.9.6

如果患者无法签署知情同意书, 请授权的亲属在此签名:

患者授权人员签名: _____ 与患者关系: _____ 签名日期: _____

山西医科大学第二医院

治疗知情同意书

门诊号: 0 [REDACTED] 9

患者姓名 [REDACTED] 性别: 男 年龄: 27 岁 科室: 皮肤科

病情和治疗建议: 因患者有 [REDACTED] 疾病, 需进行 维A酸类 治疗, 该药物可能会造成血脂升高, 肝功能异常、精神抑郁以及其他不能预料的副反应, 出现这些情况是医院会严格按照有关制度积极应对, 尽量减少损害程度。

医生陈述: 我已告知患者将要进行的治疗方式, 此次治疗及可能发生的并发症和风险, 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。

医生签名: 马

签名日期: 2019.9.6

患者知情选择:

☒ 医师已告知我应进行的治疗及治疗后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。

☒ 我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预定治疗方案做出调整。

☒ 我未得到百分之百成功的许诺

患者姓名: [REDACTED]

签名日期: 2019.9.6

如果患者无法签署知情同意书, 请授权的亲属在此签名:

患者授权人员签名: _____ 与患者关系 _____ 签名日期: _____

山西医科大学第二医院

治疗知情同意书

门诊号: [REDACTED]

患者姓名 [REDACTED] 性别: 男 年龄: 30 岁 科室: 皮肤科

病情和治疗建议: 因患者有 [REDACTED] 疾病, 需进行 糖皮质激素 治疗, 该药物可能会造成血脂升高, 肝功能异常、精神抑郁以及其他不能预料的副反应, 出现这些情况是我们会严格按照有关制度积极应对, 尽量减少损害程度。

医生陈述: 我已告知患者将要进行的治疗方式, 此次治疗及可能发生的并发症和风险, 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。

医生签名: 于青

签名日期: 2019.9.6

患者知情选择:

☒ 医师已告知我应进行的治疗及治疗后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。

☒ 我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预定治疗方案做出调整。

☒ 我未得到百分之百成功的许诺

患者姓名 [REDACTED]

签名日期: 2019.9.6

如果患者无法签署知情同意书, 请授权的亲属在此签名:

患者授权人员签名: _____ 与患者关系 _____ 签名日期: _____