

**复旦大学附属儿科医院厦门分院
厦门市儿童医院
入院知情同意书**

姓名 科别 感染科 病区 三病区 床号 18 住院号

尊敬的患者法定监护人（或委托代理人）：

感谢您自愿选择到我院就医，为了能让您尽快得到有效治疗和护理，尽快熟悉医院病房环境、制度及相关规定，了解患者及家属的权利与义务，维护和保障患儿的安全，使患儿得到优良的医疗服务。请您仔细阅读以下内容：

1. 所有患者不论种族、宗教、国籍、性别、年龄或疾病类别，根据管理规定可得到治疗或住院。
2. 感谢您自愿选择我院就诊，并接受医师提供医学专业上认为需要的护理、治疗。
3. 我科临床路径管理小组将判断患儿所患疾病是否纳入临床路径管理。
4. 医护人员在您就诊过程中经过充分评估会为您制定一套诊疗方案，其中一般性的治疗处理包括：

- (1) 体格检查
- (2) X光、B超、心电图、肺功能、非增强CT、MRI等
- (3) 大、小便及各种血液、体液标本检验
- (4) 血液采集
- (5) 肌肉注射、静脉注射、皮下注射、皮内注射
- (6) 针对病情开具的一般性治疗药物
- (7) 监测生命体征等

上述一般性处理医生会给予详细解释告知，不会另行书面签字，当您需要进行特殊检查、特殊治疗，有创操作、麻醉、手术等时，在医生充分告知的前提下，请您配合签署知情同意书。文书一经自愿签署，即具有相应法律效力，对您正确行使自己的合法权益具有重要意义。您可以随时询问医疗团队成员关于您所受的护理、治疗或是药物的任何问题。

5. 我院是教学医院，诊疗过程中可能会有实习生或进修生参与，请配合相关的教学工作。
6. 我院是研究型医院，诊疗过程中涉及的病历治疗、病变器官、组织标本及影像资料等有可能用于科学研究。

患方确认

我已仔细阅读了上述内容，我知晓了我住院期间的医疗团队、医院相关制度及规范、患者及家属的权利与义务等。

患者监护人签名： 与患者关系： 父子

签名时间： 2020.4.22 联系电话：

医护人员陈述

我已经向患者法定监护人（或委托代理人）解释过此知情同意书的全部条款，并解答了患者法定监护人（或委托代理人）的疑问，我认为患者法定监护人（或委托代理人）已充分知晓并了解上述信息。

医师/护士签字： 李钢 / 李斌 时间： 2020.4.22