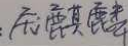




深圳市第三人民医院

知情同意书

姓名:		性别:		年龄:		床号:	
科别: 综合 ICU				病案号:			
病情介绍及治疗建议: 因患者患有新型冠状病毒肺炎、呼吸衰竭,需予以抗病毒、无创或有创呼吸机辅助通气治疗,我院是深圳市指定新型冠状病毒肺炎收治医院,我院已具备收治新型冠状病毒肺炎的技术和条件,但仍存在一定风险和意外,出现风险和意外时我院会严格按照有关制度进行积极应对,尽量减少损害程度							
医生陈述: 我已告知患者及家属病情及将要进行治疗的方式,可能出现的并发症和风险,可能存在的其他治疗方法,并解答了患者及家属关于此次治疗的相关问题。 医生签名:  签名日期: 2020年3月1日10时00分							
患者知情选择: <input checked="" type="checkbox"/> 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。 <input checked="" type="checkbox"/> 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。 <input checked="" type="checkbox"/> 我并未得到操作后百分之百成功的许诺。							
患者姓名:				签名日期: 2020年3月1日10时0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:							
患者授权亲属签名:				与患者关系:			
签名日期: 年 月 日 时 分							