

四川大学华西医院
特殊医疗器材使用知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 24岁4月 登记号: [REDACTED]
目前诊断为全身多发性骨纤维结构不良(左跟骨、距骨、腓骨及骨盆)伴跟距关节增
左手重复拇畸形(Wassel V II型)、下丘脑性闭经?

经医生们讨论后认为需要行
主管医生向我们全面、详细地介绍病情及治疗的相关情况后,我们同意接受该治疗,我们清楚该
疗中需要使用特殊医疗器材,我们同意在经招标后进入你院的器材中选择,我们在听取了主管
生对不同器材的应用范围、性能特点、价位等方面的介绍后,经过慎重考虑后决定选择使用

我们知道该医疗器材的价位在 1万(治疗/无创性) 元人民币左右,且根据各地医保政策不同,该
用存在不被报销的可能性。

如治疗中需要临时加用器材或不宜使用上述器材须改用其他器材时,我们同意医生在告知我
的情况下使用(紧急情况下除外)。

患者签名 [REDACTED] 签名日期 2016年 9月 5日

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 [REDACTED] 与患者关系 母亲 签名日期 2016年 9月 5日

医生签名: [Signature] 签名日期 2016年 9月 6日