

<div>四川大学华西第二医院</div> <div>中国西部儿童生长发育障碍性疾病遗传学研究及治疗随访</div> <div>知情同意书</div>

<div></div> <div>疾病介绍、诊治建议及相关风险和并发症</div> <div><p>尊敬的家长，我们将要对您的孩子进行基因及相关化验检查，该检查用来帮助判断您的孩子是否存在遗传相关的生长发育性疾病。该研究将采集患儿及双亲的外周血，用于进行基因检测，必要时可能需要反复采集血液样本，每次采血量约4ml。此外，本研究还将采集患儿的生长发育数据，并给予相应的治疗和康复训练。基因检测及生长发育数据可能用于科学研究及发表论文。具体情况将由主管医生与您一起讨论。</p><p>风险/副作用</p><div>1、检查是具有一定局限性，不可能达到100%准确率，可能出现误诊、漏诊等情况。</div><div>2、但由于需要反复采血，具有一定侵入性的特点及风险，患者具有个体差异及某些不可预测的因素，可能有穿刺损伤，穿刺部位出血、疼痛等风险及其它不可预见或无法防范的不良后果，医护人员会尽力避免上述并发症或不良后果的发生，但不能保证该操作方法的绝对效果和安全。</div><div>3、需要多次随访。</div><div>4、其他不可预料的情况。</div></div> <div><p>特殊风险或主要高危因素</p><p>根据患者/患儿个人的病情，医师向我交代可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：</p><div></div></div> <div><p>患者知情选择</p><p>患者及家属已充分了解将要进行的检查目的及局限性，了解治疗及可能发生的并发症和风险。对其中的疑问已经得到医生的解答，同意在检查治疗随访过程中根据病情对</p></div>
--

预定的治疗方案作出调整，经患者及家属慎重考虑后自愿接受基因检测及必要的化验、生长测量，同意进行必要的治疗及随访，并保证提供真实有效的病史资料，为确认上述内容医生已履行了告知义务，患方已享有充分知情和选择的权利，签字生效。

我并未得到治疗百分之百无风险的许诺。

因受医学科学技术条件限制，目前尚难以完全避免检查治疗意外和并发症表示理解。我们对检查治疗的风险及并发症表示完全理解，并承担相应的风险和后果，在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时，为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案，并保证承担全部所需费用。

特别提示

- 基因检查仅反应患者当时的病情情况，且准确率不可能达到 100%，存在误诊、漏诊等情况。
- 患者领取报告单后，应当继续根据医生的医嘱进行治疗或随访。
- 患者或家属对上述告知内容完全理解，自愿接受检查并自行承担风险。

如果患者监护人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 日期 年 月 日

医生陈述

我已经告知患者将要施行的检查治疗方式以及检查治疗随访过程中可能发生的并发症和风险，并且解答了患者及其监护人的相关问题。

医生签名  日期 2018 年 8 月 3 日