

治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: [REDACTED]	ID 号: [REDACTED]
------------------	-------	----------------	------------------

病情和治疗建议:

因患者患有 脑胶质瘤 需进行 院内制剂中药抗瘤丸治疗, 我院已具备开展该项目的条件, 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:

我已告诉患者将要进行的治疗方式, 此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险, 可能存在的并发症和风险, 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: [REDACTED]

签名日期: 2016.06.03

患者知情选择:

- ☒ 1 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。
- ☒ 2 我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预定治疗方式做出调整。
- ☒ 3 我未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者姓名: _____

签名日期: _____

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: [REDACTED] 与患者关系: [REDACTED] 签名日期: 2016.06.03