

青海大学附属医院

治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 50岁 住院号: [REDACTED] 科室: 血液科
病情或治疗建议:

床号: [REDACTED]

因患者患有 乳腺癌合并意义未明单克隆免疫球蛋白血症 需进行 骨髓穿刺、活检、放射治疗, 我院已具备开展该项目的技术和设备条件, 担任村子一定的风险和意外。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:

我已告知患者将要进行治疗方式, 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。

医师签名:

殷玉娟

签名日期: 2020. 9. 10.

患者知情选择:

☒ 1. 医师已告知我应进行治疗及治疗后可能发生的并发症及风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于此次治疗的问题。

☒ 2. 我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预定治疗方案作出调整。

☐ 3. 我未得到治疗百分百成功的承诺。

患者签名:

签字日期: 2020. 9. 10.

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: 与患者关系: 签名日期:

