

# 大连医科大学附属第一医院

The First Affiliated Hospital of Dalian Medical University

## 治疗知情同意

姓名: 性别: 男 年龄: 53 岁 门诊号:

### 病情和治疗建议:

因患者患有双眼后巩膜炎, 需进行激素口服冲击治疗, 我院已具备使用该药物的治疗经验和技術条件, 但仍存在一定的药物风险和意外, 一旦发生药物不良反应, 我院将严格按照治疗经验进行积极应对, 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。可能存在的其他治疗方法, 并解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名:

签名日期: 2020. 6. 25

### 患者知情选择:

1. 医师已经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作出调整。

我未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者姓名: