



四川大学华西医院

## 侵入性检查/治疗知情同意书

**侵入性检查/治疗知情同意书**

患者姓名	性别	年龄	病历号	
疾病介绍、治疗建议及手术潜在风险				
目前诊断				
根据患者的病情，需要进行				检查/治疗。
这是一种常用的、有助于诊断/治疗手段，但由于其具有侵入性的特点、患者具有个体差异及某些不可预料的因素，可能伴有包括本页及背面第 条中所述的并发症、创伤等风险及其他不可预见或无法防范的不良后果，故医师不能保证该检查/治疗方法的绝对效果和安全，检查/治疗中、检查/治疗后出现严重并发症者可能导致死亡。				
特殊风险或主要高危因素				
我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：				
一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。				
患者知情选择				
<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; 我的医生已经告知我将要进行的检查/治疗方式、该检查/治疗及以后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于该检查/治疗的相关问题。</li><li>&gt; 我同意在检查/治疗中医生可以根据我的病情对预定的检查/治疗方式做出调整。</li><li>&gt; 我理解我的检查/治疗需要多位医生共同进行。</li><li>&gt; 我并未得到检查/治疗百分之百成功的许诺。</li><li>&gt; 我授权医师对检查/治疗切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括术中冰冻活检、病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理，以及用于科学研究等。</li></ul>				
患者签名		签名日期 年 月 日		
如果患者无法或不宣签署该知情同意书，请其授权的代理人或近亲属在此签名：				
患者授权的代理人或近亲属签名		患者关系		
联系电话：		签名日期 年 月 日		
医生陈述				
我已经告知患者将要进行的检查/治疗方式、该检查/治疗及以后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于该检查/治疗的相关问题。				
医生签名		签名日期 年 月 日		