

臨床路徑實施知情同意書

患者姓名:		性別:	女	年齡:	3歲1個月	I D:		住院號:		科室:	本部小兒科
-------	--	-----	---	-----	-------	------	--	------	--	-----	-------

臨床路徑介紹:

臨床路徑管理是公立醫院改革的重要內容之一，是醫療管理者用來控制醫療成本及改善醫療品質的方法之一。臨床路徑是指醫師、護士及其他專業人員，針對某個病種或手術，以循證醫學為基礎，所制定的有嚴格工作順序和準確時間要求的程序化、標準化的診療計劃。

臨床路徑的實施意義:

1. 使診療活動的流程更具有系統性和完整性;
2. 在照顧患者上盡量減少不必要的差異;
3. 促進醫療體系間人員的互相合作;
4. 患者預先知道其需要接受的診療服務過程，加強醫務人員與患者的溝通;
5. 促進患者自我管理，調動患者參與主動醫療活動的積極性。

臨床路徑提供的方法並不是絕對標準的治療方法，而是大部分患者可以接受的治療方法。在臨床路徑的實施過程中請患者儘可能按照臨床路徑表單中的要求接受診斷治療、護理方案及康復指導。如果因個人原因不能按照臨床路徑進度進行的，請向主管醫師和護士詳細說明原因，以便改進我們的工作，感謝您的合作！

醫師陳述:

我已經告知患者實施臨床路徑管理的目的和意義，並解答了患者關於臨床路徑的相關問題。

醫師簽名: _____

患者知情選擇:

我的醫師已經告知我實施臨床路徑管理的目的和意義，經過認真考慮，我同意在住院期間實施臨床路徑管理，並同意按照臨床路徑表單中的內容對各項診療工作予以配合。

患者簽名: _____ 簽名日期: _____

如果患者無法簽署知情同意書，請其授權的親屬在此簽名:

授權親屬簽名 _____

簽名日期: _____