

四川大学华西医院

侵入性检查/治疗知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号
		21	
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 十三 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/治疗术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"> 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。 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。 我理解我的检查/治疗需要多位医生共同进行。 我并未得到检查/治疗百分之百成功的许诺。 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。 			
患者签名		签名日期 2015 年 11 月 13 日	
如果患者无法或不宜签署该知情同意书, 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		与患者关系 母子 签名日期 2015 年 11 月 13 日	
联系电话:			
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 2015 年 11 月 13 日	

四川大学华西医院
抗结核治疗知情同意书

科 室 结核病科 床号 23 住院
患者姓名 性别 男 年龄 21 身份证号码
入院时间 2015.11.11 临床诊断 2015年肺结核病：活动性

根据患者目前的病情，需进行抗结核治疗。抗结核治疗有治疗疾病的作用，但同时存在副作用，并且因患者个体的特殊体质等因素，可能在治疗过程中或治疗后发生一些并发症或其他风险，造成患者身体不同程序的损害，严重者可能致患者死亡。为使患者及家属充分知情并自愿选择，现将有关抗结核治疗的相关并发症及其他风险告知如下：

1. 肝功能损害、肾功能损害；
2. 骨髓的抑制：白细胞、血小板的降低；
3. 中枢神经的损害和周围神经炎；
4. 听力下降；
5. 胃肠道的反应，如恶心、呕吐；
6. 皮疹和剥脱性皮炎；
7. 治疗无效；
8. 其它不可预料或无法防范的不良后果。

以上文本由医院提供，医师已详细告知了上述内容，我同意使用该文本。我已知晓了以上内容，对医师详细告知的各种风险完全知情。经慎重考虑，我 同意（同意或不同意）进行抗结核治疗。（下画线处的内容须患者或委托代理人亲自填写）

我明白在本次治疗中，可能会发生预想不到的情况需要其它附加操作或变更治疗方案，我授权医师在遇到紧急情况或遇到预料之外的情况时，为保障患者的生命安全实施必要的救治措施，按照医疗常规进行处置，并保证承担全部所需费用。

患者（或法定代理人）签字：

或委托代理人签字：

日期： 2015 年 11 月 14 日 时 分