

治疗知情同意书

患者姓名： 性别： 女 年龄： 23岁 住院号：

病情和治疗建议：

因患者患有 妊娠合并先天性凝血因子 VII 缺乏症 需进行 rFVIIa 预防治疗，我院已具备开展该项目的技术和设备条件，但仍存在一定风险和意外。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式，并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名：

签名日期： 2019年11月29日

患者知情选择：

1. 医师已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做出调整。
3. 我未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者姓名：

签名日期： 2019年11月29日