

# 潍坊市中医院

## 治疗知情同意书

患者姓名 [REDACTED] 性别 男 年龄 56 病历号 [REDACTED]

### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有霍奇金淋巴瘤，需要行 抗淋巴瘤 治疗方案。我院已具备开展该项目的技术和设备条件，但存在一定风险及意外。出现风险和意外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。

### 患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的诊治方式、此次诊治及诊治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此次诊治的相关问题。
- 我同意在诊治中医生可以根据我的病情预定的诊治方式做出调整。
- 我理解我的诊治需要多位医生共同进行。
- 我并未得到诊治百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对诊治切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名 \_\_\_\_\_ 签名日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名 [REDACTED] 者关系 夫妻 签名日期 2017 年 11 月 19 日

### 医生陈述

我已经告知患者将要进行的诊治方式、此次治疗及诊治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此次诊治的相关问题。

医生签名 邵东军 签名日期 2017 年 11 月 19 日

