



# 成都市妇女儿童中心医院

## 拒绝或放弃医学治疗知情同意书

### 【病情介绍和治疗计划】

医师已告知目前诊断为感染性心内膜炎 主动脉瓣脓肿 主动脉瓣穿孔伴关闭不全 术后 心功能I级  
需要接受医学治疗。

### 【拒绝或放弃医学治疗风险】

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：根据患者目前的疾病状况，医生认为患者应当接受治疗，并建议患者接受适当的医疗措施。但是患者现在拒绝或者放弃我院医护人员建议的以下医疗措施：

血常规、C反应蛋白、PCT、心脏标志物、肝肾功能、电解质。

特此告知可能出现的后果，请患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人认真斟酌后决定。

1. 拒绝或放弃医学治疗，在我院原有的治疗中断，有可能导致病情反复甚至加重，从而为以后的诊断和治疗增加困难，甚至使原有疾病无法治愈或者使患者丧失最佳治疗时机，也有可能促进或者导致患者死亡；
2. 拒绝或放弃医学治疗，在我院原有的治疗中断，有可能出现各种感染或使原有的感染加重、伤口延迟愈合、疼痛等各种症状加重或症状持续时间延长，增加患者的痛苦，甚至可能导致不良后果；
3. 拒绝或放弃医学治疗，在我院原有的治疗中断，患者有可能会出现某一个或者多个器官功能减退，部分功能甚或全部功能的丧失，有可能诱发患者出现出血、休克、其他疾病和症状，甚至产生不良后果；

拒绝或放弃医学治疗有可能导致原有的医疗花费失去应有的作用；

5. 拒绝或放弃医学治疗有可能增加患者其他不可预料的风险及不良后果。

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：

我（或是患者的监护人）已年满18周岁且具有完全民事行为能力，我拒绝或放弃医院对我的医学治疗服务。医护人员已经向我解释了接受医疗措施对我的疾病治疗的重要性和必要性，并且已将拒绝或者放弃医学治疗的风险及后果向我作了详细的告知。我仍然坚持拒绝或放弃医学治疗。

我自愿承担拒绝或放弃医学治疗所带来的风险和不良后果。我拒绝或放弃医学治疗产生的不良后果与医院及医护人员无关。

患者本人或法定代理人签名

签名日期 2019 年 6 月 6 日 15 时 05 分

医护人员陈述：

我已经将患者继续接受医学治疗的重要性和必要性以及拒绝或者放弃治疗的风险及后果向患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人告知，并且解答了关于拒绝或者放弃治疗的相关问题。

医生签字 解 解 签名日期 2019 年 6 月 6 日 时 分

如果患者或委托代理人拒绝签字，请医护人员在此说明。