

广东省中医院芳村医院

特殊治疗（检查）知情同意书

姓

入院日期

住院号

目前诊断：1. 急性肾衰竭 2. 急性心力衰竭 3. 肺部感染 4. 冠状动脉粥样硬化性心脏病（心功能III级） 5. 颌下淋巴结肿大（右侧）

治疗（检查）名称：颈部淋巴结活检术

患者因患：颌下淋巴结肿大（右侧）疾病，需行治疗（检查）。本医师针对患者病情，告知了目前可行的治疗（检查）方案，且说明了优、缺点。经向患方充分告知，医患达成一致，选择上述治疗（检查）方案。由于病情的关系及个体差异，依据现有医学科学技术的条件，施行该治疗（检查）可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者（患者近亲属）（被授权委托人）交待并说明，一旦发生所述情况，可能加重病情或危及生命，医务人员将按医疗原则予尽力抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意，请书面表明意愿并签字。

治疗（检查）目的：明确病理

可能出现的情况及并发症列举：

1. 麻醉药物过敏，休克；2. 局部出血、血肿、渗液、气胸、血胸；3. 严重心律失常，心脏骤停；4. 感染；5. 胸腔脏器损伤；6. 活检手术不成功；7. 标本取材不理想；8. 活检后肿瘤种植；9. 其它的个体差异引起的难以预测的并发症。

替代医疗方案：

手术切除或中医药治疗

医师签名

患方签

广东省中医院芳村医院
特殊治疗（检查）知情同意书

姓名

入院日期

住院号

本人系患者（或受患者委托的代理人），在神志完全清醒的状态下签署本协议。
（患者）因患 疾病，在贵院治疗。
经医师向我说明各种治疗方案的优缺点后，我决定选择：

A. 同意 接受上述治疗（检查），且承担上述风险，同意医师实施上述治疗（检查）方案，同时授权委托医师根据治疗（检查）中病情判断和患者利益，调整治疗（检查）方案，医师以上说明我已充分理解，目前及以后不再对上述问题提出异议。

B. 拒绝 接受上述治疗（检查），并承担相应后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

签署意见（必须请患者方写明同意或拒绝）：

患者（授权委托人）签名：

患者近亲属（被授权委托人）签名（注明 与患者的关系）：