

株洲市中心医院

治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 科室: 儿科 住院号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 1月13天
科别: 儿科 病室: [REDACTED] 床号: [REDACTED]

欢迎您来到本院住院。为了使您早日康复,需要您配合我们的诊疗工作。现将有关情况向您告知:

- 一、目前诊断: 1. 急性咽炎 2. 轮状病毒肠炎 3. 扩张性心肌病
- 二、适时复查血常规、CRP、心肌酶等指标。
- 三、予以抗感染、强心、利尿、护心、退热、补液等对症支持治疗。患儿年龄小,存在基础疾病,予告病重,病情进展随时可出现呼吸衰竭、心力衰竭而危及生命,必要时需再次转ICU治疗。根据患儿病情变化及检查结果调整治疗方案。
- 四、请照看好自己的孩子及贵重物品,注意门禁时间,早上8点在病房等待管床医师查房。注意拉好床栏,避免摔伤,严禁留患儿独自在病房。

住址: [REDACTED]
生日: [REDACTED]
医保: [REDACTED]
电话: [REDACTED]
身份证号码(患儿,未提供可能影响医保报销): [REDACTED]

解病情,明确检查及治疗。

患者或法定代理人签名: [REDACTED]

医师签名周婷医师

与患者本人关系: 母女

谈话地点 医师办公室

谈话时间: 2021-05-16