

长春中医药大学附属医院

康复治疗知情同意书

病情简述:

患儿因全面性发育迟缓在院治疗，进行中西医系统康复训练，由于各种医学治疗方法均具有一定风险，同时存在疾病本身的转归及预后、患儿体质的特殊性等因素，均会影响此次康复治疗的效果。

医生陈述:

我已告知患者康复治疗过程，并解答关于此次康复的相关问题。

医生签名: 张明华

签名日期: 2024.11.27

患者知情选择:

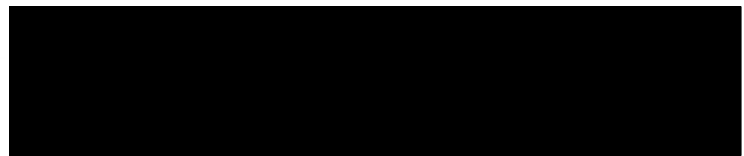
☒ 1. 医师已告知我应进行的康复相关治疗，并解答了关于此次康复的相关问题。

☒ 2. 本次康复治疗数据及临床资料可用于科研及学术研究。

发表病例报告知情同意书

尊敬的患者，您好：

经入院后相关检查，目前考虑您的发育迟滞与 Cgr1: 27550962 染色体位点基因致病性变异相关，致使患儿运动发育迟缓、缺乏表达能力等，此类型病例国际上报道的较少，属于少见病例，我们希望发表相关内容，增强医师对此类疾病的了解。发表相关文章内会隐去您的私人信息，但会交代整个疾病病程及治疗，若您同意，可签署此知情同意书：



医师：李中华

签署日期：2021年11月20日