

淋巴水肿综合消肿治疗知情同意书

姓名：_____ 性别：____ 年龄：____ 病案号：_____

诊断：_____ 手术名称及医院：_____

术后行何种治疗方案：_____

目前患者处于何种阶段：_____ 疾病史：_____

有无复发、转移、感染：_____

现患者_____部位出现淋巴水肿，根据患者目前情况，需要进行_____检查（治疗）

患者或家属选择治疗方案：_____

本治疗属于保守性治疗，由于病情的关系及个体差异，治疗的效果也存在一定关系。在现有医学科学技术的条件下，实施该治疗期间有可能出现无法预料或不能防范的风险和不良后果，一旦出现上述情况，可能加重原有病情、出现新的病变甚至预想不到的后果。

淋巴水肿治疗师：_____已充分向患者及家属交代了淋巴水肿治疗方案的优缺点，患者及家属已充分理解，现同意/不同意（打“√”）接受此治疗，即：_____

患者签名：_____

家属签名：_____与患者的关系：_____

年 月 日 时 分