



山西白求恩医院
同济山西医院

山西医学科学院

华中科技大学同济医学院附属同济医院
山西医科大学第三医院 第三临床医学院

科室：乳腺外科

治疗知情同意书

根据患者目前的病情需要，结合现有医疗技术水平和我院诊疗实际，患者需进行相关治疗。本医师已针对患者病情，向患者说明治疗方案的必要性及优缺点，由于病情的关系及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该治疗可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果；对其他可供选择的治疗方案内容及相关医疗风险，本医师也一并进行了详细阐述并充分向患者或患者近亲属（或代理人）交代。若发生前述风险和不良后果情况，医务人员都将按医疗原则予以尽力抢救，但无法保证抢救最终效果。是否同意选择推荐治疗方案，请书面表明意愿并签字。

患者选择：

☒ 我了解治疗过程的相关知识，并充分认识到该项治疗的过程，经治医师已向我和近亲属（或代理人）告知治疗过程及可能发生的风险。

☒ 我同意该治疗方案。

谈话医师签名：_____

签名日期：_____

以上内容我已认真阅读并充分理解、知情。

（签署意见）_____

患者签名：_____

签名日期：_____