

呼伦贝尔市人民医院

呼伦贝尔市人民医院

治疗知情同意书

患者姓名:		性别: 女
年龄: 1 岁		
初步诊断: 急性心力衰竭		

病情和治疗建议:

因患者患有急性心力衰竭需进行抗心衰治疗, 我院为自治区儿童医学重点建设中心, 已具备儿童急性心力衰竭急救技术和设备条件, 但治疗仍存在一定的风险和意外。出现风险和意外时我院会严格按照有关制度采取积极应对措施, 尽量减少损害程度。

医生陈述:

我已向患者和家属告知将要进行治疗的方式, 此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险, 以及可能存在的其他治疗方法, 并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

患者知情选择:

- ☒ 1. 医师已经告知我应进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。
- ☒ 2. 我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预定治疗方式做出调整。
- ☒ 3. 我未得到治疗百分之百成功的许诺。

医生签名: 张健

签名日期: 2021年10月24日

患者姓名: _____

签名日期: _____

如果患者无法签署知情同意书, 请授权亲属在此签名

与患者关系

签名日期: 2021年10月24日