

西安市红会医院

新技术新业务知情同意书

患者姓名: [REDACTED]	性别: 女	年龄: 69 岁	住院号: [REDACTED]
------------------	-------	----------	-----------------

病情和治疗建议:

因患者患有 右膝关节置换术后假体周围骨折、右膝关节置换术后感染，需进行 右膝关
节清创旷置、骨折复位内固定术 治疗，我院已具备开展该治疗的技术和设备条件，但由于该患
者疾病较为复杂，仍存在一定风险和意外，出现风险和意外时我院会严格按照有关制度进行积极
应对，尽量减少损害程度。

患者知情选择:

①医生已经告知我应进行的治疗及治疗后可能发生的并发症和风险，可能存在的其它治疗方
法，并且解答了关于我此次治疗的问题。

②我同意在治疗中医生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。

患者姓名: [REDACTED] 签名日期 2019 年 7 月 15 日

如果患者无法签署知情同意书，请授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名 [REDACTED] 与患者关系 母子 签名日期 2019 年 7 月 15 日

医生陈述:

我已告诉患者将要进行的治疗方式，此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险，可能存在
的其它治疗方法，并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名: 柳阳 签名日期 2019 年 7 月 15 日

单位盖章: 