

Informed consent statement

Title: Edema of limbs as the primary symptom of gastric signet-ring cell carcinoma: A rare case report and literature review

Written Informed consent was obtained from patient as below:

华中科技大学同济医学院附属 同济医院
TONGJI HOSPITAL 同济醫院
化疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 科别: 消化系统肿瘤科 床号: B12 [REDACTED]

诊断: 胃癌

推荐特殊检查(治疗)名称: 化疗

根据患者目前的病情, 需进行 化疗 检查(治疗)。本医师已针对患者病情, 向患者说明该检查(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, 施行该检查(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。本医师已充分向患者或患者近亲属(或代理人)交代。若发生所述情况, 医务人员将按医疗原则予以尽力抢救。是否同意检查(治疗), 请书面表明意愿并签字。

其他可供选择(检查)治疗方案: 对症支持治疗 [REDACTED]

谈话医师签名: [REDACTED]
2019年08月21日 11时10分

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患 胃癌 疾病, 需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果, 本人已充分理解, 同意接受此检查(治疗), 同时授权医师对检查(治疗)中切除标本或组织进行合理的医学处理, 本人意愿承担相应风险和后果。因系本人意愿, 以后对此不提出异议。

(签署意见) [签署意见]

患者(授权委托人)签名: [同意治疗] [REDACTED]

患者近亲属签名(注明与患者的关系): [与患者关系] [REDACTED]
签名时间: [签名日期]

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患 胃癌 疾病, 需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果, 本人拒绝接受该检查(治疗), 由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系本人意愿, 以后对此不提出异议。

患者(监护人、代理人)签名: [拒绝治疗患者签名] [REDACTED]



华中科技大学同济医学院附属
TONGJI HOSPITAL

同济醫院

消化内镜检查及治疗知情同意书

姓名

科别:风湿免疫内科

床号:247

诊断: 硬化性粘液性水肿 黏液样癌的皮肤转移

推荐特殊检查(治疗)名称: 胃镜、肠镜

根据患者目前的病情,需进行 胃镜、肠镜 检查(治疗)。本医师已针对患者病情,向患者说明该检查(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,施行该检查(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。本医师已充分向患者或患者近亲属(或代理人)交代。若发生所述情况,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救。是否同意检查(治疗),请书面表明意愿并签字。

其他可供选择(检查)治疗方案:

谈话医师签名:

2019年08月07日 11时33分

本人系患者(或受患者委托的代理人),《患者》因患 硬化性粘液性水肿 疾病,需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人已充分理解,同意接受此检查(治疗),同时授权医师对检查(治疗)中切除标本或组织进行合理的医学处理,本人意愿承担相应风险和后果。因系本人意愿,以后对此不提出异议。

(签署意见) [签署意见]

患者(授权委托人)签名: [同意治疗患者]

患者近亲属签名(注明与患者的关系): [与患者关系]

签名时间: [签名日期]

本人系患者(或受患者委托的代理人),《患者》因患 硬化性粘液性水肿 黏液样癌的皮肤转移 疾病,需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人拒绝接受该检查(治疗),由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系本人意愿,以后对此不提出异议。

患者(监护人、代理人)签名: [拒绝治疗患者签名]