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:

	化疗知情同意书
姓名	科别:消化系统肿瘤科 朱号:512
诊断:	書廳
推荐特殊检查(治疗	
根据患者目前的]病情,需进行
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
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
分向患者或患者近亲	5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:
	面表明意愿并签字。」
具他可供选择(检查)治疗方案: 对症支持治疗
	谈话医师签名:
	2019年08月21日 11时10分。
	P蓝电水系化处压阻 1 / 电水 () 电 ()
	发受患者委托的代理人),(患者)因患 <u>胃癌</u> (治疗) 医师已类如可能发生的医疗风险和不自后用,大力与心理数 同亲体恶识检查
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
病,需行上述检查 (治疗),同时授权	
病,需行上述检查 (治疗),同时授权	(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 区医师对检查(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原以后对此不提出异议。
病,需行上述检查((治疗),同时授机 果。因系本人意愿,	(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 区原外对检查(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原以后对此不提出异议。」 签署意见】。
病,需行上述检查((治疗),同时授机 果。因系本人意愿,	(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,同意接受此检验 及医师对检查(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服 以后对此不提出异议。
病,需行上述检查((治疗),同时授机 果。因系本人意愿,	(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,同意接受此检验 (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原以后对此不提出异议。。 签署意见]。 患者(授权委托人)签名:[同意治疗
病,熏行上述检查 (治疗),同时授机 果。因系本人意愿,	(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 区原外对检查(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/ 以后对此不提出异议。。 签署意见】。

### ### ### ### ### #################	消化内镜检查及治疗知情同意书		
程荐特殊检查(治疗)名称: 智道、肠道 根据患者目前的病情,需进行 胃境、肠镜 性理、肠镜 检查(治疗)。本医师已 計对患者病情,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。是否同意验查(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 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息。因系本人意愿,以后对此不提出异议。 (签署意见)[签署意见]	姓名	科别:风湿免疫内科 床号:247	
根据患者目前的病情,需进行 實遺、肠遺 检查(治疗)。本医师已計对患者病情,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: ———————————————————————————————————	诊断: 硬化性	粘液性水肿 黏液样癌的皮肤结移。	
計对患者病情,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。是否同意验查(治疗),请书面表明意愿并签字。 其他可供选择(检查)治疗方案: 《选话医师签名: 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 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息。因系本人意愿,以后对此不提出异议。 《签署意见》【签署意见】			
科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法預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子以尽力抢救。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 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息。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:[同意治疗患者患者关系]	A Company of the Comp		
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 查查(治疗),请书面表明意愿并签字。 其他可供选择(检查)治疗方案:	并对患者病情,问患 N类技术的条件下	看识明该检查(治疗)万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 统行法检查(治疗)	
金查(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 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息。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:[同意治疗患者患者的关系):[与患者关系]	好子技术的求任下, 分向事者武事者近辛	18(17)农位宣(7077)引能工规尤法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充属(武化理人)交化,关发生低速捷中,医务人是核体医疗原则之以及为核性,是不同等	
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 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息。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:[同藏治疗患者患者的关系):[与患者关系]	分查(治疗),请书	图 、	
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			
本人系患者(或受患者委托的代理人),(患者)因患			
本人系患者(或受患者委托的代理人),(患者)因患		谈话医师签名:	
馬,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 。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]		2019年08月07日 11時733分。	
馬,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 。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]	本人系學者(武	受事者委托的代理 人)。(事者)因事 在	
(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。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]	为,需行上述检查(777)。 医师尼古知可能发生的医疗风险和不思后果,本人已充分理解,同音接受的检查	
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]			
患者近亲属签名(注明与患者的关系):[与患者关系]	(治疗),同时授权 以。因系本人意愿,以	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 以后对此不提出异议。	
患者近亲属签名(注明与患者的关系):[与患者关系]	(治疗),同时授权 以。因系本人意愿,以	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 以后对此不提出异议。	
	(治疗),同时授权 以。因系本人意愿,以	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 以后对此不提出异议。。 署意见】	
	(治疗),同时授权 。因系本人意愿,以	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 以后对此不提出异议。。 署意见】	
公名时间:[签名日期]。	(治疗),同时授权 以。因系本人意愿,以	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以后对此不提出异议。。 署意见】。 患者(授权委托人)签名:[同意治疗患者	
	(治疗),同时授权 (。因系本人意愿,)	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以后对此不提出异议。』 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]	