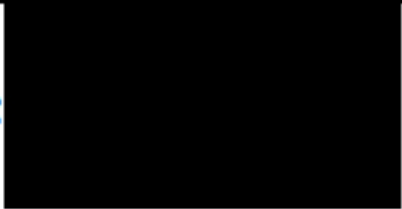


兴国县人民医院

治疗知情同意书

患者姓名： 性别：女 年龄：16岁 ID号：

病情和治疗建议：

因患者患有 L1骨折；脊髓损伤；双踝骨折 需进行 一期前后联合入路手术 治疗，我院已具备开展该项目的技术和设备，但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。

医生陈述：

我已告知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，可能存在的其他治疗方法，并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

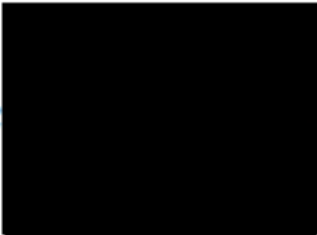
医生签名： 签名日期：2021年2月8日

患者知情选择：

- ☒1 医师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。

患者姓名： 签名日期：2021年2月8日

如果患者无法签署知情同意书，请授权的亲属在此签名：

患者授权人员签名： 与患者关系：母女 签名日期：2021年2月8日