

西安交通大学第二附属医院

The Second Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University

检查及治疗知情同意书

患者姓名：[REDACTED]

病情和治疗建议：

因患者产前发现胎儿体表富血供型包块，需要进行定期超声检查，必要时磁共振检查，产后患儿根据需要进行相应的血清学化验、超声引导下穿刺病理结果获取、定期产后超声、必要时 X 线或 MR 等，我院已具备开展该项目的技术和设备条件，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检查和治疗方式，此处检查及治疗后可能发生的并发症和风险，可能存在其他随访和治疗方法，并且解答了患者关于此处治疗的相关问题。

医 生 签 名 :

签名日期: 2022. 1. 25



患者知情选择：

- 1、医生已经告知我应进行的检查、治疗及其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检查、治疗的问题。
- 2、我同意在检查、治疗、随访过程中医师可以根据我的情况对预定的治疗方式做出调整。
- 3、我未得到检查或治疗百分之百成功的承诺。

患 者 姓 名 :

签名日期: 2022. 1. 25

如果患者无法签署知情同意书，请授权的亲属在此签名：

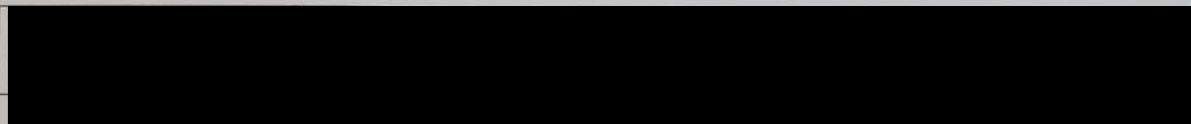
患者授权人员签名: _____ 与患者关系: _____

签 名 日 期:

西安交通大学第二附属医院

The Second Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University

检查及治疗知情同意书



因患者产前发现胎儿体表富血供型包块，需要进行定期超声检查，必要时磁共振检查，产后患儿根据需要进行相应的血清学化验、超声引导下穿刺病理结果获取、定期产后超声、必要时 X 线或 MR 等，我院已具备开展该项目的技术和设备条件，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检查和治疗方式，此处检查及治疗后可能发生的并发症和风险，可能存在其他随访和治疗方法，并且解答了患者关于此处治疗的相关问题。

医 生 签 名 : [REDACTED] 签名日期: 2020.2.6



患者知情选择：

- 1、医生已经告知我应进行的检查、治疗及其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检查、治疗的问题。
- 2、我同意在检查、治疗、随访过程中医师可以根据我的情况对预定的治疗方式做出调整。
- 3、我未得到检查或治疗百分之百成功的承诺。

患者姓名 : [REDACTED] 签名日期: 2020.2.6

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: _____

签 名 日 期: _____

西安交通大学第二附属医院

The Second Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University

检查及治疗知情同意书

病情和治疗建议：

因患者产前发现胎儿体表富血供型包块，需要进行定期超声检查，必要时磁共振检查，产后患儿根据需要进行相应的血清学化验、超声引导下穿刺病理结果获取、定期产后超声、必要时 X 线或 MR 等，我院已具备开展该项目的技术和设备条件，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检查和治疗方式，此处检查及治疗后可能发生的并发症和风险，可能存在其他随访和治疗方法，并且解答了患者关于此处治疗的相关问题。

医 生 签 名 :

签名日期: 2021.3.9



患者知情选择：

- 1、医生已经告知我应进行的检查、治疗及其后可能发生的并发症和风险，可能存在其他的治疗方法，并且解答了关于我此次检查、治疗的问题。
- 2、我同意在检查、治疗、随访过程中医师可以根据我的情况对预定的治疗方式做出调整。
- 3、我未得到检查或治疗百分之百成功的承诺。

患 者 姓 名 :

签名日期: 2021.3.9

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:

签 名 日 期: