

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: [REDACTED]

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: [REDACTED]

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: _____ 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：

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：

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: 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: _____ 期: