

赤峰学院附属医院

治疗知情同意书

病情和治疗建议:

因患者患有脑梗死需进行造血干细胞治疗, 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:

我已告诉患者将要进行治疗方式, 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: 2021.3.13

患者知情选择:

- ☒1 医师已经告知我应进行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: 2021.3.13

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: 本人 签名日期: 2021.3.13

