

天津市儿童医院

治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED]	性别: 女	年龄: 25 天	住院号: [REDACTED]
------------------	-------	----------	-----------------

病情和治疗建议:

因患者患有 庞贝病 需进行 酶替代 治疗, 因费用高且存在一定风险和意外, 出现风险和意外时我院会严格按照相关制度进行积极应对, 尽量减少损害程度。

医师陈述:

我已告知患者家属将要进行的诊治过程, 此次诊治和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, 并且解答了患者家属关于此次治疗的相关问题。

医师签名: [REDACTED]

日期: [REDACTED]

患者知情选择:

- 1、医师已经告知我应进行的诊治过程及可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了我关于此次诊治的问题。
- 2、我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预定治疗做出调整。
- 3、我未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者姓名: _____

日期: _____

如果患者无法签署知情同意书, 请授权的亲属在此签名:

患者家属签名: [REDACTED] 患者关系: 父

日期: 2019.5.27

