

四川大学华西口腔医院
病理检查相关问题知情告知书

姓名:

科别:

床号:

住院号:

患者经医生检查诊断为“1.右颌底恶性肿瘤(骨肉瘤?) 2.慢性龈炎 3.肝左叶钙化灶? 血管瘤? 4.右肾囊性占位 5.右肺下叶肺大泡”,医生认为应该采用手术治疗。根据国家相关规定,手术切除的标本应该送病理科进行病理检查,现将病理检查的相关问题进行告知:

1、病理活检因取材局限,有时并不能反映病变全貌,可导致病理诊断与最终诊断不一致;而且在特殊情况下,不能得出明确诊断。

2、为我国医学事业的发展,部分特殊标本可能用于教学及科学研究。

3、为了诊断及鉴别诊断,病理医师可能加做部分必要的辅助检查项目(如免疫组织化学染色、特殊染色等),并产生相应费用,有的可能不属于医保报销范围。

4、为了满足患者手术的实际需求,术中冰冻诊断需要根据实际情况适当增加冰冻次数,这可能产生相关费用,有的可能不属于医保报销范围。

医生已告知我上述相关情况,我已了解整个病理相关医疗流程及可能产生的费用。

☒ 我同意进行相关病理自费检查项目。

☐ 我暂不同意进行相关病理自费检查项目。

患者签名: 签名日期: 2022.5.10

如果患者无法或不宜签署知情同意书,请其近亲属或授权的代理人在此签名:

患者近亲属或授权的代理人签名: 与患者关系: 夫妻 签名日期: 2022.5.10.

联系电话: 18054197027

病理医生签字:

日期日期: 2022.5.13