

患者知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有传染性单核细胞增多症，根据病情，入住浙江大学衢州医院接受药物治疗。药物治疗是保证临床有效治疗得以顺利进行的重要措施之一，亦是抢救急、危、重症患者生命的必要手段。

治疗潜在风险和对策:

尊敬的患者，根据国务院《医疗事故处理条例》第十一条的规定：“在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是应当避免对患者产生不利后果”

医生告知我，药物治疗可能发生不良反应，具体的治疗方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容和特殊问题。我理解任何所用药物都可能产生副作用。我理解治疗后如果我不遵医嘱，可能影响治疗效果。

特殊风险或主要高危因素: 我理解根据我个人的病情，我可能出现以下并发症或风险：急性脑炎、急性心肌炎、急性肾炎、继发感染、血小板减少、脾破裂等

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见:

☐ 有关药物治疗的原因、必要性以及可能存在的风险性和不良反应，医护人员已经向我们详细告知，我们理解，在使用过程中上述风险是难以完全避免的。

☒ 我 同意 (“同意”) 实施必要的药物治疗并自主自愿承担可能出现的风险。若在药物治疗过程中发生意外紧急情况，同意 (“同意”) 接受贵院的必要处置。

患者签名 [REDACTED] 签名日期 2018 年 11 月 26 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医护人员陈述:

我已经告知患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人有关药物治疗的原因、必要性以及药物治疗可能存在的风险性和不良反应，并解答了关于药物治疗相关的问题。

医生签名 [Signature] 签名日期 2018 年 11 月 26 日