

火针治疗知情同意书

患者姓名 [REDACTED] 性别 男 年龄 [REDACTED] 病历号 [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 皮肤淀粉样变 需要火针治疗。

预期效果：治愈/改善疾病

治疗潜在风险和对策

医生告知我火针治疗可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括疼痛、恶心、皮疹等症状，甚至危及生命。

2. 我理解此治疗可能发生的风险及局限性：

中度疼痛；

局部红肿；

局部出血；

局部感染；

伤口延迟愈合；

色素沉着；

色素减退；

疣等复发率很高，需要多次治疗；

4. 我理解治疗后如果我不遵医嘱，可能影响治疗效果。

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。
- 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。
- 我理解我的治疗需要多位医生共同进行。
- 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对治疗涉及的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名 [REDACTED] 签名日期 2019 年 9 月 1 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

医生陈述

我已经告知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、可能存在的其它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 张春敏 签名日期 2019 年 9 月 1 日

火针治疗知情同意书

患者姓名

性别

男

年龄

病历号

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有皮肤淀粉样变需要火针治疗。

预期效果：治愈/改善疾病

治疗潜在风险和对策

医生告知我火针治疗可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1.我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括疼痛、恶心、皮疹等症状，甚至危及生命。

2.我理解此治疗可能发生风险及局限性：

中度疼痛；

局部红肿；

局部出血；

局部感染；

伤口延迟愈合；

色素沉着；

色素减退；

疣等复发率很高，需要多次治疗；

4.我理解治疗后如果我不遵医嘱，可能影响治疗效果。

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。
- 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。
- 我理解我的治疗需要多位医生共同进行。
- 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对治疗涉及的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名

签名日期

2020年5月19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

医生陈述

我已经告知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、可能存在的其它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

张春敏

签名日期

2020年5月19日