

治疗（检查）知情同意书

日期：

目前诊断：1. 前列腺肿物

治疗（检查）名称：诊断性穿刺+活检治疗

患者因患：前列腺Ca待排疾病，需行治疗（检查）。本医师针对患者病情，告知了目前可行的治疗（检查）方案，且说明了优、缺点。经向患方充分告知，医患达成一致，选择上述治疗（检查）方案。由于病情的关系及个体差异，依据现有医学科学技术的条件，施行该治疗（检查）可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者（患者近亲属）（被授权委托人）交待并说明，一旦发生所述情况，可能加重病情或危及生命，医务人员将按医疗原则予尽力抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意，请书面表明意愿并签字。

治疗（检查）目的：穿刺活检，明确诊断。

可能出现的情况及并发症列举：

1. 出血；
2. 感染；
3. 尿路梗阻；
4. 其他不可预知的风险

替代医疗方案：

保守治疗、动态观察。

医师签名：

患方签名：

特殊治疗（检查）知情同意书

姓名

本人系患者（或受患者委托的代理人），在神志完全清醒的状态下签署本协议。
（患者）因患前列腺Ca待排疾病，在贵院治疗。
经医师向我说明各种治疗方案的优缺点后，我决定选择：

A. 同意 接受上述治疗（检查），且承担上述风险，同意医师实施上述治疗（检查）方案，同时授权委托医师根据治疗（检查）中病情判断和患者利益，调整治疗（检查）方案。医师以上说明我已充分理解，目前及以后不再对上述问题提出异议。

B. 拒绝 接受上述治疗（检查），并承担相应后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

签署意见（必须请患方写明同意或拒绝）：

患者（授权委托人）签名

患者近亲属（被授权委托人）签名（注明 与患者的关系）