



治疗知情同意书

因诊治疾病的需要，特与患方就病情与治疗建议谈话如下：

患者目前诊断：1. 宫颈鳞癌IIIc1r 期手术放化疗后，2. 右侧乳腺浸润性癌 pT1N0M0，3. 放射性直肠炎。需进行 中药复方制剂保留灌肠 治疗，我院已具备开展该中医特色治疗的技术和设备条件。但仍存在一定风险和意外。出现风险和意外时我院会严格按照有关制度进行积极应对，尽量减少损害程度。

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的诊疗方案以及此次诊疗可能发生的并发症和风险，可能存在的其它诊疗方法并且解答了患者关于此次诊疗的相关问题。我将廉洁行医，不接受患者及其家属的“红包”、贵重物品等。我们将保存您临床检测后剩余的样本及治疗信息，用于以后的对照和进一步的科学研究，以增加对疾病的进一步认识，我们将严格保护您的隐私。

医生签名：

]

签名日期：2021.9.13

患者知情同意：

1. 我的医生已经告知我将要进行的诊疗方案及此次诊疗可能发生的并发症和风险，可能存在的其它诊疗方法并且解答了我关于此次诊疗的相关问题。

2. 我同意在此次诊疗中医生可以根据我的病情对预定的诊疗方案做出调整。

3. 在治疗期间，本人及家属承诺不向医务人员赠送“红包”、贵重物品等，共创廉洁和谐的医疗环境

4. 我同意将我检测后剩余的样本保存，用于以后的对照和进一步的科学研究。

5. 我已知晓使用碘对比剂的所有注意事项及风险，同意遵医嘱完善相关检查。

患者签名：



签名日期：2021.9.13

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的代理人在此签名：

患者授权代理人签名：

与患者关系：

签名日期：