

中国人民解放军联勤保障部队第九六〇医院

特殊检查、特殊治疗同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: [REDACTED] 病案号: [REDACTED] 室: 神经内科一病区

患者经检查诊断为 颅内病变，依据目前医疗技术条件，针对患者疾病，有如下可供选择的诊疗措施：

1、腰椎穿刺术

2、脑室穿刺术

3、

综合考虑患者目前状况，我院建议患者拟实施的特殊诊疗措施为 腰椎穿刺术，其目的是 协助明确诊断，进一步指导治疗。

医院承诺，有关医务人员将遵守医疗工作制度和操作常规，并详细告知患者所实施诊疗措施的有关事项。同时说明，由于医学科学技术的局限或病人体质、病情特殊或受其它不可抗力影响，拟定诊疗措施实施中会出现以下难以防范的医疗意外和难以避免的并发症，并导致不良后果：

1、低颅压性头痛

2、脑疝

3、出血

4、感染

5、麻醉意外

6、穿刺周围神经损伤

7、其他

上述医疗意外或并发症一旦发生，医院将采取积极措施，最大限度减轻对患者造成的不良后果。

患方承认，对于以上告知内容，我已认真阅读。医院已就各种诊疗措施的优缺点、可能出现的不良后果作了详细说明，我完全理解，经慎重考虑，自愿并同意委托医院实施拟定的诊疗措施。

患者或其代理人签名: [REDACTED]

医师签名: [REDACTED]

2020-03-31

2020-03-31