

济南市中心医院
山东第一医科大学附属中心医院

治疗知情同意书

患者姓名：[REDACTED] 性别：男 年龄：60岁 科室：感染 血液 [REDACTED]

疾病诊断和治疗建议

根据您的病情，目前诊断：肺部感染 肺结核

拟实施的治疗方案：可利霉素0.4g qd po

已充分告知患者将要进行治疗，此次治疗及治疗后可能发生的的并发症和风险，可能存在的其他治疗方法，并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。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。

医护人员签名：

字时间：2013年4月10日8时02分

患方明确意见

我已详细阅读以上告知内容并得到医师通俗、详细、具体、明确的解释充分了解了该治疗可能出现的并发症及风险、替代医疗方案的种类及各方案的优缺点和可行性，我明确认同这些风险和替代方案，并愿意承担相应的医疗结果。经慎重考虑，[REDACTED]（手写“我同意”或“我不同意”）进行治疗。

患者签名：

或患者的监护人/委托代理人/近亲属签名：

患者的关系：

签字时间：2013年4月10日8时02分