

山西医科大学第一医院

治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 62 岁
科别: 内分泌科 床号: 44 床 住院号: 1035655

病情描述:

患者主因“发作性全身乏力 30 余年,加重 5 天”于 2018 年 5 月 7 日入院。结合患者病史特点及化验检查,目前考虑诊断: 1.低钾血症 Gitelman 综合征? 药物性低钾血症? 2. 横纹肌溶解 3. 2 型糖尿病。因病情需要,需进行 SLC12A3 基因检测,同时,给予补钾、补液、降糖等治疗,必要时行床旁血滤。因患者病情危重,在诊治过程中随时可能出现电解质紊乱加重、急性肾功能衰竭、酸碱平衡紊乱等,严重时危及生命。

医生陈述:

以上病情及治疗方案已向患者及家属详细告知,并解答了患者及家属提出的疑问。

医生签名: 杨露阳 签字日期: 2018-5-9

患者知情选择:

- ☒ 1. 医生已告知我详细病情及采取的治疗方案以及在治疗过程中可能出现的并发症及风险。
- ☒ 2. 我同意在治疗过程中采取的可能产生额外自费项目的检查。

患者签名: [REDACTED] 签字日期: 2018.5.9

如果患者无法签署知情同意书,请授权的亲属在此签名:

患者授权人签名: 与患者关系: 签字日期: