

中南大学湘雅医院

检查同意书

姓名: [REDACTED]

出生日期: 2009-11-02

病人 ID: [REDACTED]

科室: 41 病室

床号: 18 床

目前诊断: 1、遗传性痉挛性截瘫可能性大

根据病人的病情, 经医生研究后, 认为需基因芯片检查:

现将有关此项治疗的必要性、可能出现的问题告知如下:

必要性: 患者为少年男性, 目前考虑患者为遗传性痉挛性截瘫可能性大, 患者有家族史, 为明确诊断, 建议行基因芯片检测

可能出现的问题:

- 1、基因芯片检测未能发现患者的致病基因
- 2、基因芯片检测的结果可能会为患者及患者家属造成一定的心理压力
- 3、其他不可预知的一些风险

住院医师:

主治医师:

谈话地点:

谈话时间:

李强

杜红

41W

2018.6.8

如病人或家属已清楚知晓以上各项, 并同意接受此项检查, 且愿意承担因该项检查带来的各项风险, 请在指定处签字。

病人或家属代表签字:

[REDACTED]

与病人关系:

签字时间:

中南大学湘雅医院
神经变性遗传病
第四病室
2018.6.8