

中山大学附属第五医院
特殊检查、治疗知情同意书

科室:内分泌与代谢病科 姓名: [REDACTED] 性别:男 年龄:26岁 床号:18 住院号: [REDACTED]

诊断:矮小症

需施行:左旋多巴生长激素激发试验

拟行该检查、治疗的必要性、可能出现的意外、并发症和预后如下:

生长激素在体内呈峰值分泌,随机采血无法检测到峰值水平,只查平时值无法反应生长激素是否正常,你明确诊断为矮小,因此需要进行左旋多巴生长激素激发试验(口服药物0,30,60,90,120,180分钟各抽血1次查生长激素),服左旋多巴的剂量是按体重计算,服该药后有可能出现恶心、呕吐等消化道症状,一般不严重,如果在试验半小时将药物吐出,需再服一次药后继续试验。医护人员会密切观察患者情况并给予相关处理,尽量避免意外发生,但由于个体差异,个别小孩有可能出现医护人员无法预料的情况,万一出现个别意外等无法预测的情况,医务人员会积极给予诊治及与你们及时沟通,如果你对上述内容知情并完全理解及配合,请你表示你是否愿意进行上述相关试验。

对以上医生所述内容,患者及家属表示理解和同意接受该检查、治疗,并愿意承担向其他家属说明和解释的义务和担当日后如有医患疑问发生的全权责任人。

签署意见(同意或不同意):

患者签名: [REDACTED] 同意 患者不能签名的原因: 1、保护性医疗

被授权委托人(受监护人)签名:

2、无(或限制)民事行为能力人

签名人与患者的关系:

医师签字: [REDACTED]

2018年6月29日17时47分

