

广东医科大学顺德妇女儿童医院（佛山市

顺德区妇幼保健院）治疗知情同意书

患者：[REDACTED] 性别：男 年龄：13 月 住院号：[REDACTED]

病情和治疗建议：

因患者患有 IPEX、肾病综合征、甲状腺功能低下 需进行 免疫抑制剂 治疗。我院已具备开展该项目的治疗，但仍存在一定的风险和意外。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。

医生陈诉：

我已告诉患者将要进行的治疗方式，此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险，可能存在的其他治疗方法，并且解答了患者关于此次治疗相关问题。

医生签名：[REDACTED]

签名日期：2019-7-10

患者知情选择：

- ☒ 1 医生已经告知我应进行的治疗及治疗后可能发生的并发症和风险，可能存在的其他治疗方法，并且解答了关于我此次治疗的问题。
- ☒ 2 我不同意在治疗中医生可以根据我的病情对预订治疗方式做出调整。
- ☒ 3 我未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者姓名：[REDACTED]

签名日期：[REDACTED]

如果患者无法签署知情同意书，请授权的亲属在此签名：

患者授权人员签名：[REDACTED] 与患者关系：父子 签名日期：2019.7.10