

浙江省立同德医院

Tongde Hospital of Zhejiang Province

### 治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 31岁 ID号: [REDACTED]

病情和治疗建议:

因患者患有妊娠期活动性系统红斑狼疮需进行免疫等相关治疗, 我院已具备开展该项目的技术和设备条件, 但仍存在一定风险和意外。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。

医生陈述:

我已告知患者将要进行治疗方式, 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的相关问题。

医生签名: 熊智慧

签名日期: 2019.2.25

患者知情选择

☒1 医生已经告知我应进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险, 肯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 我同意在治疗中医师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: 2019.2.25

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: \_\_\_\_\_ 与患者关系: \_\_\_\_\_ 签名日期: \_\_\_\_\_

