

福建省立医院治疗同意书

姓名: [REDACTED]

一、病情诊断及拟实施医疗方案

1. 疾病名称(可以为初步诊断): 急性脑梗塞、右侧颞叶脑梗塞并出血转化、持续性心房颤动、2型糖尿病、原发性高血压(药物治疗后)、强直性脊柱炎、轻度腔隙性脑梗死、轻度脑萎缩、甲状腺结节术后

2. 拟实施的治疗方案: 抗凝治疗

3. 实施本治疗的原因和目的: 预防再发脑栓塞。

4. 拟实施治疗及其风险和注意事项:

(1)治疗介绍:

拟行抗凝治疗

(2)治疗的风险包括但不限于:

1、出血风险,包括脑出血、消化道出血、皮下瘀斑、尿路出血等。

2、再发脑栓塞。

(3)注意事项:

注意观察出血及梗塞症状,定期复查影像学及凝血检查。

二、医师声明

1. 根据患者的病情,患者需要进行上述诊断、治疗措施。该措施是一种有效的诊断、治疗手段,一般来说是安全的,但由于该措施具有创伤性和风险性,因此医师不能向患者保证措施的效果。一旦发生上述风险或其他意外情况,医师将从维护患者利益出发积极采取应对措施。

2. 我已经尽量以患者所能了解之方式,解释该措施的相关信息,特别是下列事项:

☒ 实施该措施的原因、目的、风险;

☒ 并发症及可能处理方式

☒ 不实施该措施可能发生的后果及其它可替代诊疗方式;

☐ 如另有关于此措施的相关说明资料,我已经交付患者

医师签名:

杜A

日期: 2019年10月17日

三、患方声明

1. 医师已向我解释,并且我已经了解实施该医疗措施的必要性、步骤、风险、成功率之相关信息。

2. 医师已向我解释并且我已经了解选择其它医疗措施之风险。

3. 医师已向我解释,并且我已经了解该医疗措施的风险和不实施该医疗措施的风险。

4. 针对我的情况,我能够向医师提出问题和疑虑,并已获得说明。

5. 我了解该医疗措施可能是目前最适当的选择,但是其仍然存在风险且无法保证一定能够达到预期目的。

6. 我已经向医师如实介绍了病史,尤其是与本医疗措施有关的病史。

7. 紧急情况处置授权。本人明白除了医生告知的危险以外,医疗方案实施中有可能出现其他危险或者预想不到的情况,在此我也授权医师,在遇到预料之外的紧急、危险情况时,从考虑本人利益角度出发,按照医学常规予以处置。

基于上述声明,我 [REDACTED] (填同意或不同意)实施该项医疗措施。

患者签名(手印): [REDACTED]

患者家属签名(手印): [REDACTED]

2019 10 30
日期: 年 月 日

(注:患者家属签名应与授权委托书签名一致)