

# 西部战区总医院

## 治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 57	ID: [REDACTED]
----------------	-------	--------	----------------

**病情与治疗建议:**

因患者患有肝内门体分流疾病需进行药物治疗与并发症治疗,该治疗是迅速控制和缓解病情的必要治疗措施。该治疗方案存在一些风险与潜在并发症,若出现风险与意外我院将严格按相关制度积极采取应对措施。同时该疾病存在如下可选择治疗方案,特此告知:

- 1、介入栓塞治疗
- 2、外科手术治疗

**医生陈述:**

我已告知患者将要进行的治疗方案,可能存在的并发症及风险,以及其他替代治疗方案。与患者/家属充分沟通后同意采取该治疗方案。

医生签名: 李英昊 日期: 2018.07.26

**患者知情选择:**

医师已向我解释了病情,并就可选择的治疗方案及其并发症与风险用口语化的语言向我进行了解释与详细说明。我知道可能发生的并发症等风险,并且我有权拒绝或放弃此治疗。关于病情与治疗方案等相关问题我向医师进行了详细的咨询,并得到了满意的答复。我选择药物治疗与并发症治疗方案。

我 同意 (填同意) 接受该药物治疗方案,并愿意承担本治疗方案可能发生的风险与并发症等后果。

患者签字: [REDACTED] 签字时间: 2018年07月18 日

若患者无法签署知情同意书,则由患方授权委托亲属签字

授权亲属签字: \_\_\_\_\_ 与患者关系: \_\_\_\_\_ 签字时间: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

我 \_\_\_\_\_ (填不同意) 接受该药物治疗方案,并愿意承担因拒绝该治疗方案可能发生的风险与并发症等后果。

患者签字: \_\_\_\_\_ 签字时间: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

若患者无法签署知情同意书,则由患方授权委托亲属签字

授权亲属签字: \_\_\_\_\_ 与患者关系: \_\_\_\_\_ 签字时间: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日