

重庆医科大学附属第二医院

The Second Affiliated Hospital of Chongqing Medical University

治疗知情同意书

患者姓名：[REDACTED]	性别：女	年龄：42岁	ID号：[REDACTED]
-----------------	------	--------	----------------

病情

因患者患有 成人隐匿性自身免疫性糖尿病 及 PAX4 基因突变 ,目前为止尚未见相应病历报道,为增加学术界对该病的了解,经患者知情同意,将该病历进行报道。

医生陈述：

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的相关问题,以及对其病历进行于专业期刊发表。但是隐匿名字。

医生签名：[Signature] 签名日期：2022.12.16

患者知情选择：

☒ 医师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,并且解答了我关于此次治疗的相关问题。

☒ 我同意对我的病历进行报道。

患者签名：[REDACTED] 签名日期：2024.12.16

如果患者无法签署知情同意书,请授权的家属在此签名：

授权人员签名：_____ 与患者的关系：_____ 签名日期：_____

