

山西医科大学第一医院

治疗知情同意书

患者姓

病情和治疗建议:

因患者患有 脑干损伤 需进行 肝脏获取, 获取肝脏后拟进行基于人体组织胚胎学的供 肝动脉修整 治疗, 我院已具备开展该项目的技术和设备条件, 但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:

我已告诉患者将要进行治疗的方式, 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:

签名日期: 2023.02-16

患者知情选择:

- ☒ 1. 医师已告知我应进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险, 可能存在其他的治疗方法, 并且解答了我此次治疗的问题。
- ☒ 2. 我同意在治疗中医师可以根据我的病情对预定治疗方式做出调整。
- ☒ 3. 我未得治疗百分百成功的许诺。

患者姓名: _____

签名日期: _____

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:

与患者的关系: 父子 签名日期: 2023年2月16日