

医生/护士KEY签名

提交KEY签名

另存为

广州市妇女儿童医疗中心（儿）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

入院谈话记录

姓名: [REDACTED] 性别:男 年龄:5岁 科别:内二病区(儿) 床号:[REDACTED] 住院号:[REDACTED]

患者因(主诉) 患“小肠淋巴管扩张”3年余, 再发腹胀、左下肢肿20余天。

目前初步诊断: 小肠淋巴管扩张

住院期间需要和可能需要的治疗: 完善相关检查, 三大常规、呼吸道病原学、胸片等

预期的治疗结果: 症状好转。

初步预期的时间和治疗费用: 视病情而定。

在患者住院治疗, 我院医务人员将为您/您的孩子的健康而努力。但是因个体差异及某些不可预料的因素, 在目前医疗条件和水平下尚难以避免克服部分并发症或意外情况的发生, 医师不能向您完全保证治疗的效果, 且最终的治疗费用可能应治疗方案的改变而改变, 请您以出院结算时的具体费用为准。

患者(患儿)的血液/体液/组织等人体标本在完成指定的临床检验检查后, 可能会被用于科学研究, 如您不同意, 请您在标本采集前向我们的医务人员及时说明。

患者及家属/监护人意见:

我已仔细阅读以上内容, 对医师的告知表示完全理解, 已了解患者目前的病情及可能的预后, 也了解我的权利和义务。经慎重考虑, 我决定愿意积极配合医院治疗。我明白在治疗过程中, 如果遇到不可预见的情况时, 可能需要变更治疗方案或附加其他操作, 我授权医师在遇有紧急情况时, 为保障病人的生命安全实施必要的救治措施, 并保证承担所需的全部费用。

其他: 无

患者签名:

家属/监护人签名:

[REDACTED] 母

签名日期: 2018年9月13日13时39分

与患者关系:

如果没有患者签字, 只由家属或其他人员代替签字, 请说明理由: