

患者知情同意书

姓名: [] 性别: [] 年龄: [] 科室: [] 床号: [] 住院号: []

欢迎您来我院就诊治疗,感谢您对我院的信任和支持。为使您早日康复,需您配合我们的诊疗工作。

根据目前的病情,住院期间我们需进行治疗(抢救)、检查等,在此过程中或后期有可能出现并发症或副作用。故请您仔细阅读,慎重考虑,以便给我们明确的意见。有可能出现下列情况:

1. 药物, 输液反应(发热、皮疹、呼吸困难等), 严重者导致死亡;
2. 并发症: 下肢深静脉血栓形成、肺栓塞、肺炎、高热、胃出血等;
3. 外伤致其他暂不能明确诊断的脏器受损, 突发加重而危及生命;
4. 心跳、呼吸骤停及各种恶性心律失常的发生导致死亡;
5. 由于目前医疗水平的限制, 尽管投入了大量的人力、财力及精力, 但仍不能治愈, 或遗留各种后遗症;
6. 各种意想不到的意外发生而危及患者生命;
7. 有可能使用自费药物。

相关病情已告知家属, 若表示理解, 请签字。由于疾病的严重程度和本人体质差异不同, 治疗效果, 可能出现的风险不尽相同, 对可能出现的风险, 我们将采取必要的预防和救治措施以及合理的控制, 尽可能的将风险降到最小程度, 但由于目前医学技术水平所限, 仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他情况, 我们将适时调整诊疗方案。感谢您的配合。

患者 或 家 属 如 同 意 , 请 签
字: 受委托人
签字:

受委托人与患者关系:

管床医师:

科主任:

签字日期: