

广东省临床知情同意书 参考文本

广东省卫生厅
二〇〇九年八月

前 言

患者知情同意就是在充分沟通的基础上, 达至患者理解认可医学相关处理的过程。医患沟通作为医疗活动的构成要素之一, 在临床实践中具有举足轻重的地位, 是连接医务人员与病人及家属的一条纽带。通过这条纽带, 医患之间可以增强彼此的信任和理解, 消除彼此的隔阂和误解, 构建良好和谐的医患关系。

“知情同意”是我国诚实信用法律原则的体现,《民法通则》中的诚实信用法律原则已经肯定了“知情同意”的法律精神。《执业医师法》、《医疗机构管理条例》以及《医疗机构管理条例实施细则》等卫生法律法规也明确规定, 医师应当将与患者疾病相关的医疗信息向患者进行必要的告知说明, 并在实施特殊医疗行为应征得患者及家属的同意。

近几年来, 医患关系已成为社会热点和焦点问题。各种医疗纠纷案件逐年增加。导致医疗纠纷增加的原因固然是多方面, 但是不可否认也与医患沟通不足、医生履行“告知”义务不到位有一定关系。医疗机构和医务人员必须充分重视并切实做到良好地与患者沟通并维护患者的知情同意权。

然而, 知易行难。需要沟通的医疗相关内容纷繁复杂, 相关法律法规过于原则和笼统, 具体内容不明确, 缺乏统一的判定标准, 容易造成医师在医疗活动过程中的实践处理存在一定困难。在实践中如何具体规范指导医务人员有效地进行医患沟通, 充分履行知情告知义务, 并在充分保证患者对医疗相关处置知情同意或不同意权的同时, 也保护医疗机构和医务人员的合法权益, 减少或避免部分医疗纠纷, 具有较大的现实意义。

《知情同意书》是指导医务人员充分尊重患者知情同意权, 正确履行告知义务, 有效与患者沟通, 客观反映医患沟通内容及其结果的书面载体。近年来, 卫生管理部门和广大医疗机构及其医务人员在如何设计和运用《知情同意书》方面, 作了大量的探索性工作, 编制了各种形式的《知情同意书》, 并在此基础上, 相互交流学习, 取得了一定的效果。但鉴于大多数医疗机构现存的《知情同意书》应用范围和类型不明确, 格式和内容不统一、专业性和严谨性有待进一步提高; 同时也存在如何使广大医疗机构管理人员、医务工作人员更好地掌握、理解知情同意权, 明确知情同意的形式、内容以及其法律意义, 有效使用《知情同意书》等问题。为此, 省卫生厅委托广东省医院协会组织有关专家, 结合广东医疗机构的情况和多年实践经验编写, 形成了《广东省临床知情同意书参考文本》, 供我省医疗机构和医务人员在医疗质量管理中参考。

本书力求在医疗知情同意方面形成一套完善有效的制度、规范和文本格式, 以达到适应医疗实践相关需要的目的。但是由于这项工作本身处在探索阶段, 一定存在不足和与临床实践不相适应之处, 这有待广大医务管理者和医务人员在实践中继续努力探索, 积极提出宝贵意见以便今后进一步完善。希望大家共同努力为构建和谐医患关系, 建立良好的医疗环境发挥更加积极的作用。

目 录

一、通用知情同意书	(1)
(一) 告知性的知情同意书	(1)
1、患者授权委托书	(1)
2、住院患者外出知情同意书	(2)
3、转诊知情同意书	(3)
4、患者入住重症监护室知情同意书	(4)
5、自费医疗项目知情同意书	(5)
6、冰冻切片病理检查知情同意书	(6)
7、输血治疗知情同意书	(7)
8、病危(病重)通知书	(8)
9、尸体解剖知情同意书	(9)
(二) 常用检查、治疗知情同意书	(10)
1、常规穿刺检查知情同意书	(10)
2、腰椎穿刺及鞘内注射药物知情同意书	(12)
3、气管插管及机械通气治疗知情同意书	(13)
4、气管切开治疗知情同意书	(15)
5、疼痛治疗知情同意书	(16)
6、体外反搏治疗知情同意书	(17)
7、大剂量激素冲击治疗知情同意书	(18)
8、免疫抑制剂治疗知情同意书	(19)
9、介入诊疗知情同意书	(21)
10、PET-CT检查知情同意书	(23)
11、放射治疗知情同意书	(25)
12、化学治疗知情同意书	(27)
13、麻醉知情同意书	(30)
14、经外周中心静脉置管(PICC)知情同意书	(32)
二、内科知情同意书	(33)
1、支气管镜检查和治疗知情同意书	(33)
2、经纤维支气管镜大容量支气管肺泡灌洗术知情同意书	(35)
3、CT/B超引导下经皮肺穿刺活检术知情同意书	(36)
4、经皮穿刺肺介入性治疗术知情同意书	(37)
5、透析治疗知情同意书	(38)
6、动静脉造瘘知情同意书	(40)
7、透析器复用知情同意书	(41)
8、鞘内化疗知情同意书	(43)
9、再障患者免疫抑制治疗知情同意书	(44)
10、造血干细胞移植治疗知情同意书	(45)
11、造血干细胞捐献知情同意书	(46)

12、治疗性血液成分置换术知情同意书	(47)
13、消化道内镜检查/治疗知情同意书	(48)
14、心脏负荷检查知情同意书	(49)
15、活动平板检查知情同意书	(50)
16、经食道超声心动图检查知情同意书	(51)
17、心脏、血管介入手术/检查/治疗知情同意书	(52)
18、起搏器治疗知情同意书	(54)
三、外科知情同意书	(55)
1、通用外科手术知情同意	(55)
2、腹腔镜手术知情同意书	(57)
3、普外科腹部探查手术知情同意书	(59)
4、普外科甲状腺手术知情同意书	(61)
5、普外科肝胆手术知情同意书	(63)
6、普外科乳腺手术知情同意书	(65)
7、普外科胃手术知情同意书	(67)
8、骨科创伤手术知情同意书	(69)
9、骨科关节手术知情同意书	(71)
10、骨科脊柱手术知情同意书	(73)
11、骨科四肢骨盆手术知情同意书	(75)
12、颅脑手术知情同意书	(77)
13、椎管内病变手术知情同意书	(79)
14、神经系统介入手术知情同意书	(81)
15、心血管外科手术知情同意书	(83)
16、胸外科手术知情同意书	(85)
17、泌尿系统手术知情同意书	(87)
18、体外震波碎石(ESWL)治疗知情同意书	(89)
19、膀胱腔内灌注治疗知情同意书	(90)
20、烧伤科手术知情同意书	(91)
21、整形科手术知情同意书	(93)
22、肾移植手术知情同意书	(95)
23、肝移植手术知情同意书	(97)
四、妇产科知情同意书	(99)
1、妇科手术同意书	(99)
2、引产手术知情同意书	(101)
3、宫外孕手术知情同意书	(103)
4、钳产术知情同意书	(105)
5、剖宫产手术知情同意书	(107)
6、子宫全切手术知情同意书	(109)
7、产前胎儿超声检查知情同意书	(111)
8、丈夫精液宫腔/宫颈管内人工授精知情同意书	(112)
9、超声导向穿刺破泡排卵术知情同意书	(114)
10、关于精液真实性的声明书	(115)
11、精子冷冻保存知情同意书	(116)

12、院外取精声明	(117)
13、丈夫精液宫腔/宫颈管内人工授精随访同意书	(118)
14、多胎妊娠减胎术知情同意书	(119)
五、儿科知情同意书	(120)
1、换血疗法知情同意书	(120)
2、脐静脉插管知情同意书	(121)
3、胃镜下幽门肌切开知情同意书	(122)
4、新生儿吸入氧气治疗知情同意书	(123)
六、眼科知情同意书	(124)
1、眼科手术同意书	(124)
2、眼底激光治疗知情同意书	(126)
3、眼底荧光造影检查知情同意书	(127)
七、耳鼻喉科知情同意书	(128)
1、耳部手术知情同意书	(128)
2、鼻腔手术知情同意书	(130)
3、咽喉手术知情同意书	(132)
八、口腔科手术知情同意书	(134)
九、皮肤疾病治疗知情同意书	(136)
十、心理精神科知情同意书	(137)
心理/精神科病人住院知情同意书	(137)
电抽搐治疗(MECT_ECT)知情同意书	(139)
十一、肿瘤科知情同意书	(140)
1、颈部肿瘤清扫术知情同意书	(140)
2、甲状腺肿瘤手术知情同意书	(142)
3、鼻腔副鼻窦肿瘤手术知情同意书	(144)
4、舌肿瘤手术治疗知情同意书	(146)
5、腮腺肿瘤手术知情同意书	(148)
6、喉肿瘤手术治疗知情同意书	(150)
7、肺肿瘤手术知情同意书	(152)
8、乳腺肿瘤手术知情同意书	(154)
9、食管、贲门肿瘤手术知情同意书	(156)
10、肝脏占位性病变手术知情同意书	(158)
11、结、直肠肿瘤手术同意书	(160)
12、腹腔镜结直肠肿瘤手术同意书	(162)
13、泌尿系统肿瘤手术同意书	(164)
14、颅脑肿瘤手术知情同意书	(170)
15、胰腺肿瘤手术知情同意书	(172)
16、妇科肿瘤手术知情同意书	(174)
17、细胞免疫生物治疗(CIK)知情同意书	(176)
18、肺肿瘤射频消融术知情同意书	(177)
19、肝肿瘤射频消融术知情同意书	(178)
20、肾上腺肿瘤射频消融术知情同意书	(180)
十二、医学影像科知情同意书	(182)

1、核医学治疗知情同意书·····	(182)
2、分化型甲状腺癌 131 碘治疗知情同意书·····	(184)
3、甲亢 131 碘治疗知情同意书·····	(186)
4、骨肿瘤的 153 钐或 89 锶治疗知情同意书·····	(188)
十三、特殊中药使用知情同意书·····	(189)
十四、输血科知情同意书·····	(190)
1、治疗性血液成分单采知情同意书·····	(190)
2、贮存式自身输血知情同意书·····	(192)
十五、其他·····	(194)
临床药物、器械、检查受试者知情同意书设计规范·····	(194)

一、通用知情同意书

（一）告知性的知情同意书

_____医院

患者授权委托书

姓名：_____性别：_____年龄：_____科室：_____床号：_____住院号/门诊号：_____

本人于_____年_____月_____日因病住入_____医院。为了保证医院对我实施的诊疗活动能够顺利进行，同时为了实现我在本次住院期间的知情同意权利，我郑重委托_____做为我的代理人，授权其：（一）代为了解本人病情；（二）代为行使住院期间的知情同意权利，并履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

- ☐ 1. 了解本人病情，对本人病情治疗方案作出选择；
- ☐ 2. 对本人实施麻醉、手术以及对本人进行有创检查、治疗时；
- ☐ 3. 使用贵重药物、耗材或进行贵重检查或自费项目时；
- ☐ 4. 因病情需要对本人输注血液及血液制品时；
- ☐ 5. 本人暂时无知情同意能力但因病情危急需要紧急治疗时。

患者_____

年 月 日

本人_____同意作为患者_____在住院期间的病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者，接受授权签署各项医疗活动同意书。

患者签字：

身份证号：

委托人签字：

身份证号：

住址：

电话：

日期：

年

月

日

时

分

医师：

日期：

年

月

日

时

分

_____医院

住院患者外出知情同意书

姓名：_____性别：_____年龄：_____科室：_____床号：_____住院号：_____

尊敬的患者：

您因_____就诊，初步诊断/临床诊断为_____，
为了您早日恢复健康，住院期间请不要随意离开医院。离院可能会造成以下风险。
医师除口头向您说明外，同时要与您签定知情同意书，并承担必要的后果。

- ☐ 1、病情加重或恶化；
- ☐ 2、原有治疗取得的效果丧失；
- ☐ 3、失去最佳诊治疾病的时机；
- ☐ 4、病情变化时不能得到及时诊治；
- ☐ 5、医疗以外的其他意外；
- ☐ 6、其它说明：
- ☐ 7、如果您坚持离院，请您认真阅读以上内容并填写以下内容：

患方意见：

我已认真听取了医师对我的病情及上述风险的解释，并详细阅读了以上告知内容，完全理解医师的解释及知情同意书的全部内容。我因_____，经慎重考虑，要求外出，去向_____。本人自愿承担外出的一切风险和后果。

离院时间：_____年_____月_____日_____时_____分

回院时间：_____年_____月_____日_____时_____分

患方签字人：

与患者的关系：

住址：

电话：

日期：_____年_____月_____日_____时_____分

医师：

日期：_____年_____月_____日_____时_____分

_____医院

转诊知情同意书

姓名：_____性别：____年龄：____科室：_____床号：____住院号：_____

尊敬的患者：

您因_____就诊，初步诊断/临床诊断为_____，经院内/院外会诊，因考虑以下一些原因，建议您转诊治疗，以期达到_____的目的和预期效果。医师除口头向您说明外，同时要与您签定知情同意书，请认真阅读下文，慎重考虑是否接受该转诊。

☐ 1、医院技术力量及设备、设施所限，需进一步诊断救治；

☐ 2、临床诊断为结核病、艾滋病、传染性非典型肺炎、人-禽流感、人-猪链球菌病等传染病病人等依法转诊治疗；

☐ 3、患者的病情出现脑死亡、癌症晚期等慢性消耗性疾病晚期，或其他情况，病情基本稳定，但需进一步康复治疗。

转诊过程中，可能会出现以下风险：

☐ 1、转诊过程对患者的生命安全会构成危害，如路途的颠簸和抢救条件有可能促进患者死亡；

☐ 2、病情有可能会病情反复或加重；

☐ 3、其它说明：

在进行上述转诊时，我们会严格遵守有关技术操作规范和诊疗常规，并做好充分的准备工作，以防范和减少以上不良现象的发生。如发生以上情况，我们会积极采取相应的措施进行救治。

患方意见：

我方已认真听取了医师对患者病情及治疗的介绍，并详细阅读了以上告知内容，完全理解医师的解释及知情同意书的打勾项目（共__项）内容。经慎重考虑，我 同意/不同意 接受转诊，并愿意承担相应的风险和费用。

患方签字人：

与患者的关系：

住址：

电话：

日期：

年 月 日 时 分

医师：

日期：

年 月 日 时 分

患者入住重症监护室知情同意书

姓名：_____性别：____年龄：____科室：_____床号：_____住院号：_____

尊敬的患者：

您因_____就诊，初步诊断/临床诊断为_____，需要入住重症监护室，由于重症监护室的特殊性，现将有关事项告知如下，请您理解及配合。

1. 患者因危重需进入重症监护室，医生将根据患者病情确定治疗方案，因需使用心电监护仪、呼吸机等贵重仪器，故所需费用较高。为保证救治工作进行，请及时交纳相关费用。

2. 因治疗需要，可能需进行一些有创伤性操作或者治疗，有可能发生下列并发症：

☐ 动脉穿刺，可引起血肿、栓塞、感染、肢体坏死等；

☐ 中心静脉穿刺，可引起气胸、血胸、动静脉损伤、感染、心律紊乱、心跳骤停等；

☐ 气管插管或气管切开，可导致气道损伤、感染、心律紊乱、心跳骤停等；

☐ 其它不可预知的情况；

3. 为保证监护室的洁净及医疗工作的正常运行，家属不能在重症监护室陪护，请遵守重症监护室的探视规定。

4. 其他注意事项：_____

患方意见：

我方已认真听取了医师对患者病情及治疗的介绍，并详细阅读了以上告知内容，完全理解医师的解释及知情同意书的打勾项目（共__项）内容。经慎重考虑，我 同意/不同意 接受该治疗，并愿意承担相应风险和费用。

患方签字人：

与患者的关系：

住址：

电话：

日期：____年__月__日__时__分

医师：

日期：____年__月__日__时__分

自费医疗项目知情同意书

姓名：_____性别：____年龄：____科室：_____床号：_____住院号：_____

尊敬的患者：

因您享有社会基本医疗保险，故在我院的诊疗要严格按照我省医保三大目录执行，超出目录范围的诊疗费用需您自费负担。您的诊疗需使用下列自费项目，若同意请签字。

日期	项目（药品或耗材）	患者签名	医生签名

患方意见：

我方已认真听取了医师对患者病情及治疗的介绍，并详细阅读了以上告知内容，完全理解医师的解释及知情同意书的全部内容。经慎重考虑，我 同意/不同意 接受该治疗，并愿意承担相应风险和费用。

患方签字人：

与患者的关系：

住址：_____电话：_____日期：_____年 月 日 时 分

医师：_____日期：_____年 月 日 时 分

冰冻切片病理检查知情同意书

姓名：_____性别：____年龄：____科室：_____床号：____住院号/门诊号：_____

尊敬的患者：

您因_____就诊，初步诊断/临床诊断为_____，拟进行_____治疗，以期达到_____的目的和预期效果。

冰冻切片病理检查是一种有效的诊疗手段，一般情况下是安全的，但也具有一定的风险性。医师除口头向您说明外，同时要与您签定知情同意书，请认真阅读下文，慎重考虑是否接受该冰冻切片病理检查。

1. 由于冰冻切片省略了常规制片的步骤，制片的质量受限，加上冰冻切片不能较广泛的多处取材和应用免疫组化等辅助手段，可能很难完全、准确界定病变的性质。

2. 病变组织中存在的坏死、出血、钙化等继发改变或挤压变形，会影响并干扰对病变的观察。组织中的骨质、钙化或脂肪在冰冻切片由于不能作相应的脱钙、脱脂处理，一般很难切片。这些情形会影响诊断的准确性。

3. 病灶中的某些特殊物质、实质细胞或间质细胞的某些分泌物对于病理诊断很有帮助，如病原微生物、色素、糖原、淀粉样物质等，在常规切片有赖于特殊染色加以鉴别，而在冰冻切片不能做特殊染色，通常难以准确判断。

4. 由于取材和所观察范围的局限性、不能应用免疫组化等原因，有时术中冰冻切片与术后的常规切片病理诊断可能有差异。

5、其他无法预知的意外和风险；

进行上述冰冻切片病理检查，我院会严格执行操作技术规范，做好充分的准备工作，当发生以上问题或并发症时，我们会采取相应的措施给予救治。

患方意见：

我已认真听取了医师对我的病情及治疗介绍，并详细阅读了以上告知内容，完全理解医师的解释及知情同意书的第____项（共____项）或全部内容。经慎重考虑，我____同意或不同意____接受该治疗，并愿意承担相应风险和费用。

患方签字人：_____与患者的关系：_____手印(必要时)：_____

住址：_____电话：_____日期：_____年____月____日____时____分

医生：_____日期：_____年____月____日____时____分

_____医院
输血治疗知情同意书

姓名:_____性别:____年龄:____科室:_____床号:_____住院号:_____

尊敬的患者:

您因_____就诊, 初步诊断/临床诊断为_____, 拟进行输血治疗, 包括输全血及成分血。

虽然我院使用的血液均已按卫生部有关规定进行检测, 但由于目前科技水平的限制, 输血仍有某些不能预测或不能防止的输血反应和输血传染病。主要有以下几种, 请认真阅读下文, 慎重考虑是否接受该项治疗

- ☐ 1. 过敏反应
- ☐ 2. 发热反应
- ☐ 3. 感染肝炎(乙肝、丙肝等)
- ☐ 4. 感染艾滋病、梅毒
- ☐ 5. 感染疟疾
- ☐ 6. 巨细胞病毒或 EB 病毒感染
- ☐ 7. 输血引起的其他疾病

患方意见:

我方已认真听取了医师对患者病情及治疗的介绍, 并详细阅读了以上告知内容, 完全理解医师的解释及知情同意书的打勾项目(共____项)内容。经慎重考虑, 我 同意/不同意 接受该输血治疗, 并愿意承担相应风险和费用。

患方签字人:

与患者的关系:

住址:

电话:

日期:

年 月 日 时 分

医师:

日期:

年 月 日 时 分

_____医院

病危（病重）通知书

姓名：_____性别：__年龄：__科室：_____床号：__住院号/门诊号：_____

尊敬的患者家属，患者_____因_____就诊，临床诊断为_____，虽经积极救治，目前病情仍然趋于恶化，随时可能出现_____，危及生命，特此通知您，请您给予理解并积极配合治疗。

_____医院 _____科

患方签字人：

与患者的关系：

住址：

电话：_____ 日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

医师：

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

医院

尸体解剖知情同意书

姓名：_____性别：_____年龄：_____科室：_____床号：_____住院号/门诊号：_____
身份证号_____患者因_____疾病，于_____年_____月_____日_____时_____分死亡。

尊敬的患者家属，对您的亲属不幸逝世我们深表遗憾，现就有关尸体处理的问题说明如下：

- ☐ 1. 为了进一步确定诊断和死亡原因，应进行尸体解剖。
- ☐ 2. 在死者生前未对尸体的处分作出明确处理意见的情况下，根据有关规定，患者死亡后，家属有选择对尸体的处分权。
- ☐ 3. 根据《医疗事故处理条例》规定，患者死亡，不能确定死因或对死因有疑议的，尸解应当在患者死亡后 48 小时内进行，具备尸体冻存条件的，可以延长至 7 日。
- ☐ 4. 尸体解剖后尸体的体貌虽经修复，但仍会有所损坏。即使做了全面系统的尸体解剖和病理检查，但仍有可能不能明确诊断及死因。
- ☐ 5. 患者在医疗机构内死亡的，尸体应当立即移放太平间并报送殡葬部门。
- ☐ 6. 未及时尸检，将影响对死因的判断。
- ☐ 7. 尸检在具备资格的机构进行。

患方意见：

我方已认真听取了医师对患者病情及治疗的介绍，并详细阅读了以上告知内容，完全理解医师的解释及知情同意书的打勾项目（共_____项）内容。经慎重考虑，我 同意/不同意 接受尸体解剖，选择在_____机构进行，并承担相应的风险和费用。

患方签字人：

与患者的关系：

住址：

电话：

日期：_____年_____月_____日_____时_____分

医师：

日期：_____年_____月_____日_____时_____分

(二) 常用检查、治疗知情同意书

_____医院

常规穿刺检查知情同意书

姓名:_____性别:____年龄:____科室:_____床号:____住院号/门诊号:_____

尊敬的患者:

您因_____就诊,初步诊断/临床诊断为_____,拟进行穿刺(锁骨下静脉穿刺术、腹腔穿刺术、胸腔穿刺术、心包穿刺术、骨穿术、腰穿术、B超引导下肝穿刺术和肾穿刺术等)检查,以期达到_____的目的和预期效果。

该穿刺检查是一种有效的诊疗手段,一般情况下是安全的,但也具有创伤性和风险性。我们的主管医生除口头向您说明外,同时要与您签定知情同意书,请认真阅读下文,慎重考虑是否接受该穿刺检查。

- ☐ 1. 局麻药过敏、麻醉意外;
- ☐ 2. 局部感觉和运动障碍、脊神经损伤等;
- ☐ 3. 椎管内出血;
- ☐ 4. 脑脊液漏、继发性颅内出血和感染、昏迷、甚至死亡;
- ☐ 5. 肺损伤、咯血、血气胸、肺萎缩、呼吸骤停;
- ☐ 6. 血管损伤、大出血、休克;
- ☐ 7. 腰痛、腹部不适与腹痛、腹腔内脏损伤;
- ☐ 8. 穿刺部位出血、血尿、动静脉瘘、感染、败血症;
- ☐ 9. 由于患者自身骨髓的改变(如骨髓纤维化、再生障碍、骨质钙化等)或部位的变化,有可能抽不到骨髓液或取材不佳等,影响检查结果;
- ☐ 10. 由于患者自身凝血功能的变化,可致骨髓过快凝固,而使涂片欠佳(包括混有外周血)等;
- ☐ 11. 导管、穿刺针折断;
- ☐ 12. 血栓形成、血栓栓塞、空气栓塞;
- ☐ 13. 肝穿刺导致血管损伤、肝实质损伤误;
- ☐ 14. 心包填塞、心律失常、心脏破裂、心力衰竭、呼吸心跳骤停;
- ☐ 15. 在常规操作下,因某种原因导致手术操作失败或不能达到预期效果;
- ☐ 16. 其他无法预知的意外和风险;
- ☐ 17. 如不实施该穿刺检查的风险:_____

进行上述穿刺检查,我院会严格执行操作技术规范,做好充分的准备工作,当发生以上问题或并发症时,我们会采取相应的措施给予救治。

患方意见:

我方已认真听取了医师对患者病情及治疗的介绍,并详细阅读了以上告知内

容，完全理解医师的解释及知情同意书的打勾项目（共__项）内容。经慎重考虑，我 同意/不同意 接受该治疗，并愿意承担相应风险和费用。

患方签字人： 与患者的关系： 日期： 年 月 日 时 分
住址： 电话： 日期： 年 月 日 时 分
主管医师： 日期： 年 月 日 时 分