**医疗技术知情同意书**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **技术负责人** |  |
| **科室** |  |
| **技术分类** |  |
| **知情同意书版本号** |  |
| **知情同意书版本日期** |  |

**尊敬的患者：**

我们邀请您参加中南大学湘雅三医院\*\*\*科开展的一项\*\*\*\*\*。本知情同意书将向您介绍该医疗技术的目的、方法和您的获益、风险及权益等，请仔细阅读后慎重做出您的决定。

**1. 这是一项什么医疗技术？**

该项医疗技术的基本原理：

适应症包括：

禁忌症包括：

1. **医疗技术实施情况**

目前该技术在院外和院内的开展情况

1. **医疗技术可能存在的风险**
2. **可能的受益**
3. **费用**
4. **可选择的替代方案**

如果您不愿意接受该治疗方法，根据您的病情，还有\*\*方案可供选择。

1. **我需要做什么？**

如果您决定接受本项医疗技术，您必须告知医生所有过去的和现在患有的疾病及预定的治疗方案，您需配合医生完成以下相关事项：

**相关检查：**列明需要配合完成哪些相关检查；检查次数等；

**相关随访：**列明随访次数、随访时间等

**请您配合的其他事项：**

治疗期间请密切配合医生进行治疗，在实施任何除该治疗方案以外的医疗干预前请咨询您的医生。治疗期间有任何健康状况的改变可随时询问您的医生。若发生任何紧急情况或住院，请您或您的家人第一时间告知您的医生，以便得到及时的医疗护理。

1. **信息与保密**

技术开展过程中我们会采取必要的技术与组织措施，保障您的隐私。您个人资料均属保密，必要时，政府管理部门或伦理委员会按规定可以查阅您的个人资料，医疗技术结果发表时，将不会披露您的任何身份信息。

1. **联系信息**

如果您对您的权益有任何问题，您可以在国家法定工作日的工作时间联系:

中南大学湘雅三医院伦理委员会

联系电话：0731-88618938

**患者声明：**我已阅读了上述内容并理解该项医疗技术的性质、目的，及该项医疗技术可能产生的风险及不良反应。而且有机会就此项治疗方案与医生讨论并提出问题。我提出的所有问题都得到了满意的答复。我在此表明同意参加这项医疗技术，我将获得一份经过签名并注明日期的知情同意书。

**患者：**

姓名（正楷）： 签名：

日期： 年 月 日 联系方式：

**监护人（如适用）：**

姓名（正楷）： 签名：

日期： 年 月 日 联系方式：

与患者的关系：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**监护人（如适用）：**

姓名（正楷）： 签名：

日期： 年 月 日 联系方式：

与患者的关系：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**医生声明：**作为本次医疗技术的实施者，我已经详细向患者告知了上述内容。并且为患者提供一份签署过的知情同意书。

姓名（正楷）： 签名：

日期： 年 月 日 联系方式：