

患者氏名 :
患者 ID :

CT 造影或尿路造影检查同意书

如果您同意接受增强 CT 或尿路造影检查，请在下面的栏里签字。

医生使用《CT 造影或尿路造影检查说明书》向我做了详细说明，我已知晓造影检查及其风险，同意接受造影检查。

(同意后仍可以随时撤回。)

我也同意根据检查医生和放射科医生的判断取消造影剂的使用。

同意日 : 年 月 日
患者姓名 : _____ (字母·正楷)
患者签字 : _____
住址 : _____
代理人等姓名 : _____ (字母·正楷)
代理人等签字 : _____ (与患者关系)
住址 : _____

如果拒绝造影检查，请阅读下面文章，理解后在下面的签字栏中签字。

虽然医生已向我说明了造影检查的必要性，但我拒绝接受造影检查，并对由此产生的后果，不追究责任医生、检查医生和医院的责任。

签字日 : 年 月 日
患者姓名 : _____ (字母·正楷)
患者签字 : _____
住址 : _____
代理人等姓名 : _____ (字母·正楷)
代理人等署名 : _____ (与患者关系柄)
住址 : _____

我已向上述签字人做了关于造影检查的说明。

说明日 : 年 月 日 科 责任医生 : _____ 盖章

我已确认上述患者（或代理人等）在本同意书上签注同意或拒绝造影检查。

确认日 : 年 月 日 科 责任医生 : _____ 盖章

※患者如果是不具备同意能力的未成年人，或因意识障碍、病情等原因无法表示同意和签字，请由监护人、亲权人，或未成年监护人，或亲属等人在上面的代理人等签字栏签字。