**远程会诊知情同意书**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请会诊医院 |  | 科室 |  | 主管医师 |  |
| 患者姓名 |  | 患者性别 |  | 患者年龄 |  |
| 尊敬的患者或授权委托人：  您好！欢迎您选择远程会诊服务，现将会诊须知通知您，希望得到您的理解和配合，祝您早日康复。   * **乙方 （申请会诊医院）**主管医师已经告知患者本人或授权委托人，鉴于我的病情复杂，为进一步确诊和指导下一步治疗，需要将我的资料通过远程医疗服务平台与**甲方（ ）**专家进行视频讨论。我同意并授权我的主管医师通过远程医疗设备和甲方专家进行会诊研讨。 * 患方要求自选专家时，请认真斟酌，申请提交后不能再更改专家。若所选专家因临时出差、出国或其他意外原因无法预期会诊时，在申请会诊等待过程中患者若出现病情加重、死亡等不可预见的意外情况，甲方将不承担此风险。 * 由于医疗的特殊性，远程会诊意见仅代表会诊专家根据乙方医师所描述和所上传的资料做出的诊疗咨询建议，仅可作为乙方医师对患者病情进行综合分析的依据之一，由此带来的各种后果与甲方无关。 * 甲方专家尽可能给予会诊咨询建议，但鉴于目前医学发展水平及患者病情，所给出的会诊建议、治疗方案并不一定能完全达到您预想的效果，也可能发生无法预料或不能防范的并发症等。我并未得到通过远程医疗服务即可百分之百确诊、获得详细治疗方案、所患疾病治愈及确能好转的许诺。 * 由非人力因素导致的不可预见的自然灾害等造成的断网、停电、设备故障等，使远程会诊无法预期开展时，双方医院将尽力、积极采取补救措施，在解决过程中患者若出现病情加重、死亡等不可预见的意外情况，甲方将不承担此风险。 * **乙方**会将甲方会诊专家提出的诊疗方案告知患者本人或授权委托人，并将因客观条件无法实现的措施告知患者本人或授权委托人，同时记录在病历中。   上述情况，**乙方**主管医师已经介绍清楚。患者（或授权委托人）经慎重考虑后表示充分理解，签字同意邀请甲方专家远程会诊，并愿意支付会诊的相关费用。 | | | | | |
| 患者（或授权委托人）签名 乙方医师或远程工作人员签名    年 月 日 年 月 日 | | | | | |

备注：1. 知情同意书原件由申请会诊医院保存，需在申请会诊时将医患双方签字后扫描的电子版上传远程会诊平台。2. 本知情同意书如非患者本人签署，必须同时签署授权委托书。