**{{from\_hospital}}**

**患者远程会诊知情同意书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | ${name} | | 科室： | | | ${from\_dept} | |
| 年龄： | ${age} | 性别： | | ${sex} | 联系电话： | | ${mobile\_number} |
| 住院号： | | | |  | | | |
| 通讯地址： | | | |  | | | |
| 目前诊断： | | | | ${primary\_diagno} | | | |

尊敬的患者（家属或委托人）：

我们将应您（患者）的要求，向${from\_hosp}医院远程医学中心申请远程会诊服务，对方将尽快联系、协调相应科室的专家对您的病情进行会诊，给予专业、精准的治疗建议，以节省您宝贵的时间和费用。依据国家相关规定，会诊申请方（医疗机构）需向患者及其家属详细告知并签署知情同意书。

请认真阅读下述内容，您的签字即表示对下述内容的自愿接受。

注意事项：

1. 院方主管医师会将与会诊相关的患者病历资料上传至远程会诊系统，作为专家会诊的参考资料。患者病历资料为远程会诊的重要依据，**请全面、如实、准确地提供包括会诊对象的基本情况、以往诊治经过、各种检查资料及医学影像资料。**如因病历资料提供不全面、不准确或隐瞒病情而导致专家诊疗意见不明确等，由此引发的所有相关问题及后果由患方自行承担。
2. 我们将保护患者的个人隐私信息，匿名病历资料可能被用于医学相关统计及学术交流，以利于医学发展。
3. ${f\_hosp}医院远程医学中心在接受会诊请求后，如非点名专家，一般于48小时内为您确定专家和会诊时间。患者或家属尽量不要在会诊前随意更换专家。如患者要求点名专家会诊，预约时间可能超过48小时。若点名会诊专家因临时出差、出国、会议或其他原因无法按期会诊，远程中心将及时告知医生询问患者及家属是否需要更换其他专家。若患者及家属仍要坚持等待点名的专家时，在等待期间，患者出现病情加重、死亡等不可预见的意外情况，院方及xxxx医院远程医学中心将不承担责任。
4. 患方授权院方科室院方负责联系远程会诊事宜，预约会诊时间，准备会诊资料。如因患方原因造成的会诊不能预期进行，由患方承担后果和可能产生的预期费用。
5. 每次会诊时长原则不超过60分钟。
6. 会诊意见为会诊专家根据患者临床资料得出的诊疗咨询建议。会诊专家虽然具有国内较为先进的诊疗水平，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期的结果，也存在相应的医疗风险。院方不承诺通过远程医疗即能百分百确诊或者获得详细的治疗方案以及所患疾病确能治愈或者确能好转。**院方会将专家提出的诊疗建议告知患者或其授权委托人，并参考专家的诊疗意见对患者病情进行综合分析并作出诊断与治疗决定，具有患者的医学处置权。如果会诊医师或医学专家提出的诊疗方案，因院方的条件所限无法实现，将会告知患者本人或其授权委托人。
7. 由不可抗力因素导致的断网、停电、设备故障等导致会诊无法预期开展，院方将尽力、积极采取各种补救措施解决。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，院方不承担此风险。院方保留因院方重大安排调整相应专家诊疗价格的权利。

上述情况，患者（或委托人）已充分知悉，经慎重考虑后自愿接受，同意邀请远程会诊，同意承担因使用远程会诊服务而产生的费用及相关治疗效果并签字确认。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者（家属或委托人）签名： | ${patient\_signature} |

|  |  |
| --- | --- |
| 与患者关系： | ${relation\_ship} |

${date}

申请会诊科室主任

年 月 日

申请会诊医师：

年 月 日

注：1. 如由患者委托人签字，必须同时签署授权委托书。

2. 本知情同意书一式两份，一份归入病例，一份留院方备案。