

## 告 知 书

尊敬的患者及家属：

根据国务院《医疗事故处理条例》第十一条的规定：“在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是，应当避免对患者产生不利后果”；卫生部《病历书写基本规范（试行）》第十条规定：“对按照有关规定需取得患者书面同意方可进行的医疗活动（如特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗等），应当由患者本人签署同意书，患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其关系人签字”。为切实履行患者的知情同意权和实施保护性医疗措施，敬请你们根据自己的实际情况，慎重考虑，选择确定作为患者病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

### 知 情 同 意 书

我因病入住 江 医院接受诊治。根据国务院、卫生部的有关规定，经慎重考虑，我选择本人或授权 \_\_\_\_\_ 作为本人在医疗期间的病情、医疗风险等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。一经授权，被授权人之行为视同本人知悉与同意。

患 者

身份证号码

联系电话

2004年7月5日

本人同意作为患者 \_\_\_\_\_ 在住院医疗期间的病情、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。

被授权人签名 \_\_\_\_\_

与患者关系 \_\_\_\_\_

联 系 方 式 \_\_\_\_\_

身 份 证 号 码 \_\_\_\_\_

年 月 日





## 输血治疗知情同意书

姓名                      性别(男、女)年龄 76 住院号                      科别 3-3 床号 53

输血目的 手术 输血史: 有/无 孕          产         

临床诊断 子宫肌瘤

输血成分:

- |                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. 全血 <u>        </u> ml     | 2. 红细胞悬液 <u>6</u> $\mu$      | 3. 血浆 <u>        </u> ml     |
| 4. 血小板 <u>        </u> $\mu$ | 5. 粒细胞 <u>        </u> $\mu$ | 6. 冷沉淀 <u>        </u> $\mu$ |

输血治疗包括输全血、成分血是临床治疗的重要措施之一,是临床抢救急危重患者生命行之有效的有效手段。

但输血存在一定风险,可能发生输血反应及感染经血液传播疾病。

虽然我院使用的血液,均已按卫生部有关规定进行检测,使输血传播疾病的可能性极小,但是献血者疾病感染的窗口期及检测试剂灵敏度的影响,输血仍有可能某些不能预测或不能防止的输血反应和输血传染病。输血时可能发生的主要情况如下:

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

假如您的经管医师认为您需要输血,说明他已经权衡输血的利弊。

在您及家属或监护人了解上述可能发生的情况后,如同意输血治疗,请在下面签字。

受血者(家属/监护人)签字                     

医 师 签 字:                     

04 年 7 月 19 日  
04 年 7 月 19 日

备注:





## 麻醉前谈话记录

姓名		性别	男	年龄	60	床号	3-3-53	住院号	
----	--	----	---	----	----	----	--------	-----	--

术前诊断

前列腺增生

拟施手术

前列腺电切术

●拟定的麻醉方法:1.全麻、2.硬膜外阻滞、3.静脉麻醉、4.颈丛阻滞、5.臂丛阻滞、6.其他

●在麻醉失败及其他紧急情况下,麻醉医师有权从病人利益出发临时更改麻醉方案。

●其中可能包括的有创监测,特殊技术有(打“√”):桡动脉置管,深静脉置管,肺动脉插管,其他。

●在切实作好麻醉前准备,按麻醉操作常规认真做好麻醉及抢救防范措施外,由于可知或不可知的原因,可能引起麻醉意外及严重的并发症如下:

1. 麻醉30年,经验丰富

1. 返流,误吸,喉痉挛,缺氧窒息。

7. 头痛。

2. 气管插管困难导致牙齿脱落或其他口腔

8. 腰背酸痛,硬膜外血肿。

部位损伤。

9. 大脑损伤。

3. 药物过敏反应、毒性反应。

10. 心脏骤停。

4. 神经损伤(麻痹或瘫痪)。

11. 惊厥,恶性高热。

5. 严重的输血,输液反应。

12. 死亡。

6. 恶心,呕吐。

13. 其他。

13. 其他。

●以上已向病人及家属充分解释了麻醉优缺点、危险性 & 可能出现的并发症,家属表示理解,同意施行麻醉。

家属签字

与患者关系

麻醉医师

日期

2024 7.19





## 手术知情同意书

姓名

病区：泌尿外科病房(3-4楼)

床号：6

住院号：

- 1 这是一份有关手术/操作的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次手术操作有关的任何疑问，决定是否同意进行手术或操作。
- 2 由于已知或未知的原因，任何手术或操作都有可能：不能达到预期结果；出现并发症、损伤甚至死亡。您有权知道手术/操作的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。除出现危急生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行手术/操作。在手术/操作前的任何时间，您都有权接受或拒绝本手术/操作。

3 您的主诊医生是 蔡松良 你的经管医生 楼国光

术前诊断 盆腔巨大肿瘤(肉瘤考虑)，前列腺癌根治术后

拟施行的手术/操作名称：盆腔巨大肿瘤切除术，膀胱全切+双侧输尿管皮肤造口，结肠造口准备  
需要分次手术：☐ 是 ☐ 否

4 医生会给您解释：

4.1 手术/操作的性质、目的、预期的效果：

1. 达到肿瘤治疗目的或姑息性切除目的
2. 解除尿路梗阻、直肠梗阻症状

4.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险：

a 手术中可能出现的意外和危险性：

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 麻醉意外                              | <input checked="" type="checkbox"/> 难以控制的大出血      |
| <input checked="" type="checkbox"/> 药物过敏                              | <input checked="" type="checkbox"/> 导致死亡或无法挽回的脑死亡 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 术中心跳呼吸骤停                          |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 情况变化导致手术进程中中断或更改手术方案              |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤，将导致患者残疾或带来功能障碍 |   |

☐ 其他：1. 术中大出血，休克，甚至生命危险；2. 肿瘤无法切除，仅作肿瘤旷置、输尿管皮肤造口或结肠造口，解决尿、粪改道。3. 周围重要脏器损伤可能如髂血管、肠道、闭孔神经等，出现相应症状，需作相应处理。4. 严重心脑血管意外、心跳骤停、心律失常、DIC等，生命危险。5. 病情危重，需ICU监护，费用大，有自费项目。

b 手术后可能出现的意外及并发症：

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 术后出血                  | <input type="checkbox"/> 局部或全身感染                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> 切口裂开                  | <input checked="" type="checkbox"/> 脏器功能衰竭(如弥漫性血管内凝血) |
| <input checked="" type="checkbox"/> 水电解质平衡紊乱              | <input checked="" type="checkbox"/> 术后气道阻塞            |
| <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸、心跳骤停               | <input checked="" type="checkbox"/> 诱发原有疾病恶化          |
| <input checked="" type="checkbox"/> 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符 |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 再次手术                  |   |

☐ 其他：1. 肿瘤残留、肿瘤复发或转移；2. 术后切口感染、肺部感染、盆腔感染、尿路感染及其他重要脏器感染。败血症、感染性休克；3. 术后尿漏。4. 输尿管造口乳头坏死、狭窄，





## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 泌尿外科病房(3-4楼)

床号: 6

住院号: [REDACTED]

术后肾积水, 肾功能不全; 5. 肠造口乳头坏死; 6. 术后肠粘连、肠梗阻。7. 术后心肺功能不全、肾功能不全, 多器官功能衰竭; 需长期血液透析; 8. 术后应激性溃疡, 深静脉血栓, 肝功能衰竭; 9. 术后继发出血, 再次手术止血;

### 4.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于术中及术后可能出现的各种并发症, 我们将根据现代医疗规范, 采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全, 使治疗过程顺利完成。具体措施为:

- 1) 术前: ①术前: 认真评估病人, 选择合适的手术方案。②完善各项必须的术前检查, 如出凝血时间、肝肾功能、术前免疫全套、心电图、胸片等。③根据基础疾病进行针对性治疗。
- 2) 术中: ①严密监测生命体征变化, 保持生命体征平稳, 备齐各种急救设备, 随时处理术中出现的各种情况; ②仔细操作, 动作轻柔、准确。③严密止血。
- 3) 术后: 严密监测生命体征及手术部位变化, 并针对性使用抗炎、止血药物等对症治疗
- 4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。
- 5) 其它

### 4.4 可供选择的其它治疗方法: 肿瘤放化疗

你选择的治疗方案:

手术治疗

5 如需植入内置物, 您同意选择的(如骨科内固定、起搏器等)类型: \_\_\_\_\_

6 您的主刀医生是: 蔡松良, 助手 楼国光 手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士, 必要时邀请病理及放射医生。

7 拟定的手术/操作将根据您的授权和同意进行, 术中如有紧急或事先没有预料的情况发生, 医生将及时与家属取得联系, 根据出现的情况, 医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。

8 如果您的医生认为在手术/操作期间您需要输血或血液制品, 他/她将会告诉您有关输血或血液制品的风险、利弊, 这包括由于输血或血液制品而传染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此, 您有权同意或拒绝接受输注血液或血液制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。

9 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置。

10 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩, 也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。

11 为了确保您对上述内容的准确理解, 在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前, 医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问, 希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示:

- ① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容;
- ② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;
- ③ 您已经得到了有关手术的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

签名

(☐ 患者本人 ☐ 配偶 ☒ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)





浙江大学医学院附属第一医院  
浙江省第一医院

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 泌尿外科病房(3-4楼)

床号: 6

住院号: [REDACTED]

谈话医生

*[Signature]*

日期

11

年

3

月

10

日