

All the included 12 patients of PKUPH had signed informed consent documents as follows:

 **北京大学人民医院**  
PEKING UNIVERSITY PEOPLE'S HOSPITAL 

## 胃十二指肠手术知情同意书

姓名 \_\_\_\_\_ 性别 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 住院号 \_\_\_\_\_

方案有可能因此发生改变。

5. 您在慎重考虑风险与危害后，有权“接受”或“拒绝”冰冻检查，而等待“常规石蜡切片诊断”。

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

**患者知情选择**

- 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且向我解答了关于此次操作的相关问题。
- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式作出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒，一切后果自负。
- 我  接受术中冰冻病理检查  拒绝术中冰冻病理检查，等待常规石蜡切片诊断

患者签名 \_\_\_\_\_ 签名日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
身份证号 \_\_\_\_\_ 联系电话 \_\_\_\_\_  
通讯地址 \_\_\_\_\_

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属（或法定监护人）在此签名：  
患者授权亲属签名 \_\_\_\_\_ 与患者关系 \_\_\_\_\_ 签名日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
身份证号 \_\_\_\_\_ 联系电话 \_\_\_\_\_  
通讯地址 \_\_\_\_\_

**医生陈述**

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医师签名 \_\_\_\_\_ 签名日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(Partial documents contains relevant contents)