



肾穿刺造瘘术知情同意书

患者姓名

性别

年龄

病历号

科室

出生日期

一、疾病诊断与手术建议:

1. 术前诊断:

2. 拟行特殊手术名称: 肾穿刺造瘘术

3. 手术指征:

二、医生陈述:

我已告知患者(及/或患者法定代理人、近亲属、关系人)有关疾病诊断、即将进行的手术方案与方式、此次手术过程及术后可能发生的并发症与风险(另详列于背页,包括但不限于)、费用以及可能存在的其它治疗方法等信息;并且解答患者关于此次手术的相关问题,如下:
患者特殊风险和主要高危因素: ☐ 无

其它:

医师签名:

日期: 2020 年 05 月 22 日 17 时 17 分

三、患者(及/或患者法定代理人、近亲属、关系人)知情选择:

在听取医师的解释并仔细阅读背页说明与询问有关事项后,已理解本疾病诊断、即将进行的手术方案与方式、手术过程及术后可能的并发症与风险、费用以及可能存在的其它治疗方法等信息;签字同意贵院实施本手术及下列事项。

1. 配合医护人员完成手术,遵守术后的医嘱与承担全部费用。
2. 手术过程中及术后出现可能的反应和并发症时,由医生实施手术治疗或必要的救治措施。
3. 手术需多位医生共同进行;过程中医师可根据病情,对预定的手术方案与方式做出调整(含麻醉方式与输血的调整等)。
4. 对送病理标本患者,病理科可根据实际诊断需要,例如常规HE切片难以诊断时,加做免疫组织化学、特殊染色等检查,协助病理诊断和鉴别诊断。
5. ☒ 同意 ☐ 不同意 授权医师对获得的病变器官、组织或标本进行处置或科研,对相关病历信息进行科学研究,包括病理学检查、细胞学检查等。备注:(1)依医疗废物管理条例,病理废弃物,一律由医疗机构销毁处理(2)研究将保证对身份信息及隐私进行保密。
6. 受医学科技发展与个人体质差异等不确定因素影响下,手术操作或效果并非百分百成功。于上述情事发生时依法律规定程序处理相关事宜,不扰乱本院诊疗秩序、不侵害他人至本院就医之权益、不危(损)害本院员工人身安全与相关财物。

患者签名:

签名时间 2020 年 5 月 22 日

17 时 20 分

关系人签名:

关系: 患者之

电话:

关系人身份证件类型: ☐ 身份证 ☐ 军官证 ☐ 护照

关系人身份证件号码:

签名时间: 年 月 日 时 分