

授权委托书

【SGH-QR-131/A】

患者姓名		性别	女	年龄	69	病区	9	床号	
委托人（患者本人）：		性别	女	年龄	69				
身份证号									
住址：									
代理人：		性别	男	年龄	42	联系电话：			
身份证号									
住址：									
与患者关系： <input type="checkbox"/> 配偶 <input checked="" type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他近亲属 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他									
<p>本人于2020年1月21日因病住院。本人在住院期间，有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书，本人郑重委托由张强作为我的代理人，代为行使住院期间的知情同意权利，并履行相应的签字手续，全权代表本人签字，代理人的签字视同本人的签字。</p> <p>代理人签署同意书后所产生的一切后果，由患者本人承担。</p>									
患者签名					____年____月____日				
代理人签					2020年10月21日				

手术知情同意书

【SGH-QR-137/A】

患者姓名: 年龄: 69 病区: 乳外 床号: 11 住院号:

代理人姓名: 与患者关系: 主治医师:

谈话记录:

1、患者疾病诊断: 乳腺肿块待查

2、手术适应症: 乳房肿块。

3、拟定手术: 乳腺象限切除术

4、拟定麻醉方式: 全麻

5、手术风险及并发症:

麻醉意外。

术中、术后出血。

术中冰冻若为恶性, 则另行手术方案。

术后病理为最终诊断。

术后乳房外形影响, 疤痕形成。

术后暂时上肢功能障碍。

术口感染、皮下积血, 愈合时间长。

术口僵块形成可能。

本病手术治疗后有再次复发可能。

6、替代医疗方案: 中医药保守治疗。

对上述手术风险及并发症, 如患者或代理人不理解可以向医师咨询, 在患者或代理人充分理解以后, 自主决定是否选择手术治疗或按替代医疗方案实施。请在本文书上写明意见并签名。

患者临床检验样本及手术标本可能用于临床研究。

患者选择意见

患者(代理人)

2022年04月21日

主治医师签名:

手术医师签名:

2022年04月21日