



华中科技大学同济医学院附属
TONGJI HOSPITAL

同济医院

口腔科手术同意书

姓名: 性别: 女 年龄: 52岁 科别: 口腔科病房 床号:

术前诊断: 右侧颌下肿物待查

拟行手术名称: 右侧颌下腺切除术

患者因患 右侧颌下肿物 疾病, 需行手术治疗。本医师针对患者病情, 告知了目前可行的治疗方案、替代方案, 且说明了优、缺点。经向患方充分告知, 医患达成一致, 选择上述治疗方案。由于病情的关系及个体差异, 依据现有医学科学技术的条件, 施行该手术可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者(患者近亲属、代理人)交代并说明, 一旦发生所述情况, 可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命, 医务人员将按医疗原则予以尽力抢救, 但仍可能产生不良后果。是否同意手术, 请书面表明意愿并签字。

手术者签名:

陶学金

经治医师签名:

陶学金

陶学金

2015年10月12日 08时27分

本人系患者(代理人), (患者)因患 右侧颌下肿物 疾病, 在贵院治疗。经医师向我说明各种治疗方案的优、缺点后, 我选择手术治疗。对医师以上说明及本页背面举例讲解共 8 条告知内容及替代方案, 我已充分理解, 且愿意承担上述风险, 同意医师实施上述手术方案, 同时授权委托医师根据手术中病情判断和患者利益, 调整手术方案, 并授权委托医师对已切除的器官、组织进行合理的处理。因系本人意愿, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(代理人)签名:

本人

患者近亲属签名:

与患者的关系:

日期: 2015年10月12日 时 分



华中科技大学同济医学院附属

TONGJI HOSPITAL

TONGJI MEDICAL COLLEGE OF HUAZHONG UNIVERSITY OF SCIENCE & TECHNOLOGY

同济医院

口腔科手术同意书

姓名: 性别: 年龄: 50岁 科别: 口腔科 床号:

术前诊断: 颌下肿物

拟行手术名称: 颌下淋巴结根治性切除术

患者因患 上述 疾病, 需进行手术治疗。本医师针对患者病情, 结合我院现有诊疗技术、水平条件, 告知了目前可行的治疗方案, 包括保守治疗方案等替代方案, 并给出上述推荐方案。已向患者充分阐述了不同方案的优缺点和实施上述推荐方案的必要性。由于病情的关系及个体差异, 在现有医学科学技术的条件下, 施行该治疗可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者(患者近亲属、代理人)交代并说明, 一旦发生所述情况, 可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命, 医务人员将按医疗原则予以尽力抢救, 但仍可能产生不良后果。是否同意手术, 请书面表明意愿并签字。

其他可供选择治疗方案: 1. 保守治疗, 密切观察

2. -

3. -

手术者签名:

经治医师签名:

2020年06月10日 08时22分

本人系患者(代理人), (患者)因患 上述 疾病, 在贵院治疗。经医师向我说明各种治疗方案的优、缺点后, 我选择手术治疗。对医师以上说明及本页面背面举例讲解共 10 条告知内容及替代方案, 我已充分理解, 且愿意承担上述风险, 同意医师实施上述手术方案, 同时授权委托医师根据手术中病情判断和患者利益, 调整手术方案, 并授权委托医师对已切除的器官、组织进行合理的处理。因系本人愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

(签署意见)

患者(监护人、代理人)签名:

2020年06月10日 16时58分

患者近亲属签名(注明与患者的关系): 本人或户主

签名时间: 2020年06月10日 15时59分