

# 中国人民解放军总医院

## 检查、治疗(手术)志愿书

门诊、住院：骨科六室

门诊号  
住院号

姓名	年龄	46	性别	男	职别	单位
病情摘要	患者主诉右髋关节疼痛。右下肢外展位畸形。入院。拟行右髋关节置换术。					
初步诊断	髋关节炎。右下肢畸形。					
处理建议	建议行 <u>右髋关节置换术</u>					
预后及后果	<p>右髋关节置换术是对 <u>髋</u> 检查/治疗方法之一，有助于明确诊断/所患疾病的治疗。但由于医学科学的特殊性和个体差异性，在检查/治疗过程中及后期，有可能出现：1. 各种感染（细菌、真菌、病毒等）；2. 麻醉意外；3. 操作部位大出血，损伤邻近脏器；4. 严重心律失常 <u>等</u> 并发症；5. 术后 <u>功能障碍</u>；6. 发生其他难以预料的、危及患者生命或致残的意外情况；7. 其它</p>					
患者本人或亲属及患者组织意见	<p>同意选择 <u>上述</u> 治疗/检查并对上述可能发生的后果明知。□本人自愿□同意对 <u>本人</u> 进行 <u>上述</u> 检查/治疗。如果发生了上述情况，表示理解。</p> <p>患者 <u>本人</u> 联系方式：<u>138</u> <u>6</u> 2015年10月15日</p> <p>患者亲属：<u>关系</u> 电话：<u>年</u> 月 日</p> <p>单位负责人：<u>职务</u> 电话：<u>年</u> 月 日</p>					
科主任意见	<p>科主任签名：<u>姜</u> 2015年10月15日</p>					
临床部意见	<p><u>同意</u> 年 <u>10</u> 月 <u>15</u> 日</p>		<p>医疗处意见</p>		<p>年 月 日</p>	
医务部或院领导审批意见	<p><u>姜</u> 年 <u>10</u> 月 <u>15</u> 日</p>					

## 知情同意书

本人（或家属）知情并同意将本人的病史、实验室数据及影像资料以匿名的方式应用于医学病例发表。研究人员已经按照我能理解的方式向我详细说明了以上内容，我已获得了满意的解释。

我自愿同意研究人员使用我的影像学资料、病历资料等。

患者（或家属）：

（此处为手写签名及日期，因模糊无法识别具体内容）