



## 手术知情同意书

尊敬的患者、患者家属或代理人：

您好！

根据患者目前的病情，有此手术指征，医生特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等。帮助您了解相关知识，请您慎重决定，作出选择。

一般项目	姓名	[REDACTED]	性别	男	年龄	53岁	科室	泌尿外科(一)
	病区	泌尿外科(一)病房		床号	73	住院号	[REDACTED]	
医师报告	【术前诊断】1.血尿 2.膀胱周围静脉曲张 3.膀胱血块堵塞 4.尿潴留							
	【建议拟行手术名称】：建议行 <u>膀胱开放手术探查</u> 手术。							
【手术目的】 <input checked="" type="checkbox"/> 1.膀胱血块清除止血。 <input checked="" type="checkbox"/> 2.膀胱周围静脉脉离断，减少膀胱静脉回流量以减少出血。 <input type="checkbox"/>								
【不手术可能发生的后果】 <input type="checkbox"/>								
【替代医疗方案】（除上述方案外，根据患者的病情，目前我院还有以下替代医疗方案）： <input checked="" type="checkbox"/> 保守治疗，输血补液。								
【医疗方案选择】在向患方说明各治疗方案并告知利弊后，患方基于当前病情需要，经慎重考虑，自愿选择行 <u>膀胱开放手术探查</u> 。								
【患方选择的医疗方案术中或术后可能出现的并发症、手术风险及其他情况】								
1、任何手术及麻醉都存在风险，甚至危及生命								
2、 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
3、其它目前无法预计的风险和并发症								
4、患者自身存在的高危因素及由此可能出现的特殊并发症或风险 (1) 患有 <input checked="" type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肾功能不全 <input type="checkbox"/> 静脉血栓等疾病 <input type="checkbox"/> 有吸烟史 <input type="checkbox"/> 以上风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。 L (2) _____。								
5、其他：_____。								
我们将以高度的责任心，认真执行手术操作规程，做好抢救物品的准备及手术过程中的监测，针对可能发生的并发症做好应对措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免。一旦发生手术意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施，但不能确保救治完全成功，可能会出现死亡、残疾、功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，请予理解与配合。								
<input type="checkbox"/> 【术后主要注意事项】								

患方签字：[REDACTED]

	<p>我已向患方解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。</p> <p>医师签字: <u>陈勇</u> 签字时间: 2020年10月4日 8时0分 签字地点: <u>医生办公室</u></p>
患方意见	<p>患者或代理人确认:</p> <p>医生已向患者或代理人解释过患者的病情及所需接受的手术，并已就医疗风险进行了详细说明。患者或代理人了解手术可能出现的并发症与风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响，术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况；</p> <p>医生已告知患者或代理人其他治疗方式及其风险，患者或代理人知道有权拒绝或放弃此手术，也明白由此带来的不良后果及风险，患者或代理人已就患者的病情、该手术及其风险以及相关的问题向医生进行了详细的咨询，并得到了满意的答复；</p> <p>患者或代理人理解医生会尽力积极治疗，但未许诺诊治百分之百成功。</p> <p>(请患者或代理人注明“我已认真倾听和阅读并理解以上全部内容，我做以下声明”字样)</p> <p><u>我已认真倾听和阅读并理解以上全部内容，我做以下声明</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 我 <u>同意</u> (填同意) 接受医生建议的手术方案，自愿承担手术风险；并授权医生：在术中或术后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，按照医疗常规予以紧急处理，更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救；对切除的病变器官、组织等标本进行处置（包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理或科学的研究等）。</p> <p><input type="checkbox"/> 我 _____ (填不同意) 接受该手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。</p> <p>患者或代理人签字: _____</p> <p>亲属签字: _____ 与患者关系_____。</p> <p>患者无法签名的原因: _____</p> <p>签字时间: 2020年10月4日 8时21分 签字地点: <u>医生办公室</u></p>
备注	如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。

患方签字: