



中南大学湘雅二医院

The Second XiangYa Hospital of Central South University

患者知情选择:

- 我的医师已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。
- 我已听懂、理解手术的必要性和上述所列的风险和并发症的含义,已明白其中有一些是难以预知和/或无法避免的。
- 我同意在手术中医师可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
- 我理解我的手术需要多位医师甚至多学科医师共同进行。
- 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
- 经慎重考虑,我明确表示同意接受并授权中南大学湘雅二医院为我实施本次手术。
- 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查、医学相关研究和医疗废物处理等。

患者签名:

[Redacted Signature]

泌尿外科一病区

签名日期: 2018年8月6日 时 分

如果患者无法签署知情同意书,请其授权委托的亲属签名:

患者授权亲属签名:

与患者关系:

签名日期: 年 月 日 时 分

患者拒绝手术声明:

经过医师详细告知,我已经充分了解病情及不进行手术可能发生的后果,经认真考虑,我自主决定拒绝手术治疗,并且愿意承担因不施行手术而发生的一切后果,特此签字声明。

患者签名:

签名日期: 年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书,请其授权委托的亲属签名:

患者授权亲属签名:

与患者关系:

签名日期: 年 月 日 时 分

医师陈述:

我已经告知患者及家属将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者及家属关于此次手术的相关问题。同时已经告知患者及家属我们将以科学、严谨、负责的态度对患者进行相应治疗,若出现相关法律、法规认定的医疗差错事件,医院将承担相应责任。

医师签名:

[Signature]

签名日期: 2018年8月6日 时 分

注: 1、请在认真考虑后做出您的选择,根据您的决定在相应声明处书写“我做以上声明”字样并签字;

2、签字者原则上应为患者本人,家属可以但并非必须同时签字。在患者本人丧失行为能力或因保护性医疗无法签字时,需由其法定代理人或委托代理人作为家属签字。

患者(家属)签名

[Redacted Signature]

医师签名:

[Signature]