

温州医科大学附属第一医院

患者授权委托书

姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 63岁 科别 骨科 [REDACTED]

尊敬的患者及家属：

依照《中华人民共和国侵权责任法》（中华人民共和国主席令 第二十一号）第五十五条规定“医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其书面同意”。卫生部《病历书写基本规范》第十条规定“对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。”为切实保障患者的知情同意权和实施保护性医疗措施，敬请你们根据自己的实际情况，慎重考虑，选择确定作为患者病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

温州医科大学附属第一医院

上述告知内容本人已充分了解，经慎重考虑，我确定：

☐ 由本人作为病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

☒ 授权 [REDACTED] 作为病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并全权代表本人签署各项医疗活动同意书，被授权人的签字视同本人的签字。

本人接受患者 [REDACTED] 的授权，同意代理行使该患者在医院医疗期间的知情同意权和选择权，并签署各项医疗活动同意书。

被授权人签名 [REDACTED] 身份证号 [REDACTED]
与患者关系： [REDACTED] 联系电话 [REDACTED] 日期：2019.5.14

现确认增加以下被授权人，至签字时间起，被授权人均可独立代理行使本人本次治疗期间的权利。

患者签名：	签署日期：	
被授权人签名：	身份证号：	
与患者关系：	联系电话：	签署日期：
患者签名：	签署日期：	
被授权人签名：	身份证号：	
与患者关系：	联系电话：	签署日期：

未成年人（小于18周岁）、无完全民事行为能力的成年患者，由其法定代理人代为行使上述权利。

代理人签名：	身份证号：	
与患者关系：	联系电话：	签署日期：
代理人签名：	身份证号：	
与患者关系：	联系电话：	签署日期：

（本授权书保留在病历中）

温州医科大学附属第一医院

术前小结、手术知情同意书

姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 63岁 科别 骨科

病区 [REDACTED]

医生对病人/病人的父母或监护人/病人的委托人所作的解释和有关人员签署详列如下:

一、简要病情:

1. 女, 62岁, 农民, 温州人, 有左髋部外伤史: 有多次手术史
2. 因“左侧股骨骨折术后6年余”入院。
3. 专科查体: 原手术疤痕处可见1*3cm肿块, 凸起皮肤表面并破溃, 淡黄色液体流出。
4. 辅助检查: 2019-01-07病理: “左髋外侧开放性创口创面”镜下见大量纤维组织伴中性粒细胞浸润, 符合创面感染病理改变。2019-04-12CT: 左髋人工关节置换术后状态, 周边软组织结构显示较模糊, 请结合临床

二、手术及适应症:

1、病人的诊断/适应症:

诊断明确, 排除手术禁忌, 家属及患者要求手术

2、病人接受的手术名称(或性质)和方式:

- 1、手术名称(方式): 左人工全髋关节翻修旷置术;
- 2、是否需要分期手术: 否

3、手术的目的:

有利于早期活动, 恢复功能, 彻底治疗感染情况。

三、与手术有关的风险及并发症:

- 1、术中可能发生不可避免的邻近器官/血管/神经损伤、难以控制的大出血。
- 2、可能情况变化导致手术进程中断、更改手术方案或再次手术。
- 3、若发生严重并发症如心跳呼吸骤停, 病人可能在术中或术后死亡(或无法挽回的脑死亡)。
- 4、术后手术区可能出现出血、感染、切口裂开等术后并发症。
- 5、术后可能出现肺部, 严重时出现全身感染、脏器功能衰竭(包括DIC)、水电解质平衡紊乱。
- 6、腹部及下肢深静脉可能出现血栓, 如血栓脱落流到肺部, 可能危及生命, 此并发症并非罕见。或者循环系统可能出现其他问题, 如心肌梗塞、心律失常或脑卒中。
- 7、可能诱发原有或潜在疾病恶化。
- 8、术中的快速冰冻切片, 初步判断病变性质, 为临床医师提供术式选择及手术范围的依据。但该方法尚存在一定的局限性, 术中冰冻切片病理诊断与术后的病理诊断可能存在不符的风险, 患者及家属均应知晓。
- 9、如分泌物、呕吐物、出血、喉水肿导致呼吸道阻塞, 可能出现窒息而危及生命。
- 10、除上述情况外, 本次手术还可能发生下列情况:
 1. 术后并发严重感染或迟发性感染导致手术失败可能。
 2. 术中骨水泥反应, 血压下降, 危及生命可能。
 3. 术后出现假体松动、下沉、磨损导致疼痛可能。
 4. 术后假体脱位、假体周围骨折可能。
 5. 术后下肢深静脉血栓形成, 严重者引起肺栓塞、脑栓塞, 危及生命。
 6. 术后意识改变, 多日才能恢复, 甚至不能恢复。
 7. 术后出现心肝肾肺等多脏器功能衰竭可能, 呼吸心跳骤停, 消化道大出血, 抢救无效, 死亡可能。
 8. 术后出现脑血管意外导致中风、瘫痪可能。
 9. 术后多次手术包括翻修手术可能。
 10. 术后双下肢不等长, 行走跛行。
 11. 患者多次手术, 术后出现再脱位, 假体周围骨折, 松动, 磨损, 下沉较初次机率增大;
 12. 再次强调感染 松动 脱位可能!!!!
- 11、可能出现其它无法预料或不能防范的并发症。

四、在手术过程中可能需要的其他治疗: (如手术中出现未谈及的治疗则由医师当面说明)

其他治疗包括:

视术中情况而定

签署人签名 [REDACTED]

谈话医生签名:

吴鹏

吴鹏

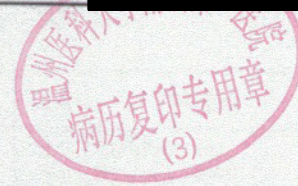
注意: 本同意书具有法律效力, 请签署人和医师充分沟通、仔细阅读、认真签署。

温州医科大学附属第一医院

术前小结、手术知情同意书

姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 63岁 科别 骨科

病区 [REDACTED]



五、其他治疗方法的选择：

如病人决定不接受手术，可有以下的选择和风险：

1、其他选择：

保守非手术治疗

2、风险：

保守非手术：骨折位置差，骨折不愈合或畸形愈合，关节面不平整，影响功能，需二期手术，晚期处理更加棘手

闭合复位、内外固定：反复透视射线损伤，难以良好复位，固定不牢固，移位可能性大

六、有关的解释：

1、医学是一门科学，还有许多未被认识的领域。另外，患者的个体差异很大，疾病的变化也各不相同，相同的诊治手段可能出现不同的结果。因此，任何手术都具有一定的风险。有些风险是医务人员和现代医学知识无法预见、防范和避免的医疗意外，有些是能够预见但却无法完全避免和防范的并发症。

2、医生已解释病人所须手术的情况（包括诊断、预后、结果和并发症），亦解释手术和相关的安排，以及手术的益处、用途和各种风险对病人的影响。医生已回答病人/病人的父母或监护人/病人的委托人问到的手术风险，及可能的并发症、手术相关问题、其他治疗方法，并解释不接受手术的风险等。医生欢迎病人及其家属再提出任何问题。

3、医生已对目前手术作了相应的术前准备，安排了相关的防范措施；作为经治医生将以良好的医德医术为患者手术，严格遵守医疗操作规范，密切观察病情，及时处理、抢救，力争将风险降到最低限度，如术中出现需要与家属沟通的情况会及时与家属联系。

七、同意：

我，本同意书之签署人：

1、选择并同意/同意病人接受院方建议的手术；院方已如上所述向我详细解释此项手术目的、主要风险、可能引起的并发症等；并回答我提出的问题；我完全明白有关的解释和回答；我对可能的手术风险表示充分理解，愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致医疗意外及并发症。

2、同意/同意病人在院方认为必须或有需要的情况下，接受其他或进一步的手术和治疗。

3、同意院方可用其认为适当的方式，处理由手术切除的身体器官或组织。

4、明白院方并不保证手术将由特定的医生进行，但此项手术将会由符合资格的医生进行。

5、同意上述手术在院方安排的时间进行，如有改期，本同意书仍然有效。

6、明白如果我有其它问题，可以向院方询问；我在签署这份文件后有权在手术实施前改变主意。

签署人签名：[REDACTED]

电话及手机：

身份证号码：

签署日期：2019年06月13日09时31分

谈话时在场患方其他人员：

谈话医生签名：

吴鹏

吴鹏

签署日期：2019年06月13日09时31分

注意：本同意书具有法律效力，请签署人和医师充分沟通、仔细阅读、认真签署。

温州医科大学附属第一医院
术前小结、手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别 女 年龄 63岁 科别 骨科 [REDACTED]

病历复印专用章
(3)

五、其他治疗方法的选择:

如病人决定不接受手术, 可有以下的选择和风险:

1、其他选择:

无

2、风险:

疼痛加重, 严重影响生活工作, 活动障碍。

六、有关的解释:

1、医学是一门科学, 还有许多未被认识的领域。另外, 患者的个体差异很大, 疾病的变化也各不相同, 相同的诊治手段可能出现不同的结果。因此, 任何手术都具有一定的风险。有些风险是医务人员和现代医学知识无法预见、防范和避免的医疗意外, 有些是能够预见但却无法完全避免和防范的并发症。

2、医生已解释病人所须手术的情况(包括诊断、预后、结果和并发症), 亦解释手术和相关的安排, 以及手术的益处、用途和各种风险对病人的影响。医生已回答病人/病人的父母或监护人/病人的委托人问到的手术风险, 及可能的并发症、手术相关问题、其他治疗方法, 并解释不接受手术的风险等。医生欢迎病人及其家属再提出任何问题。

3、医生已对目前手术作了相应的术前准备, 安排了相关的防范措施; 作为经治医生将以良好的医德医术为患者手术, 严格遵守医疗操作规范, 密切观察病情, 及时处理、抢救, 力争将风险降到最低限度, 如术中出现需要与家属沟通的情况会及时与家属联系。

七、同意:

我, 本同意书之签署人:

1、选择并同意/同意病人接受院方建议的手术; 院方已如上所述向我详细解释此项手术目的、主要风险、可能引起的并发症等; 并回答我提出的问题; 我完全明白有关的解释和回答; 我对可能的手术风险表示充分理解, 愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致医疗意外及并发症。

2、同意/同意病人在院方认为必须或有需要的情况下, 接受其他或进一步的手术和治疗。

3、同意院方可用其认为适当的方式, 处理由手术切除的身体器官或组织。

4、明白院方并不保证手术将由特定的医生进行, 但此项手术将会由符合资格的医生进行。

5、同意上述手术在院方安排的时间进行, 如有改期, 本同意书仍然有效。

6、明白如果我有其它问题, 可以向院方询问; 我在签署这份文件后有权在手术实施前改变主意。

签署人签名: [REDACTED]

签署日期: 2019年12月26日12时57分

谈话时在场患方其他人员: [REDACTED]

谈话医生签名: 陈雷

签署日期: 2019年12月26日12时57分

注意: 本同意书具有法律效力, 请签署人和医师充分沟通、仔细阅读、认真签署。

温州医科大学附属第一医院 术前小结、手术知情同意书

姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 63岁 科别 骨科 [REDACTED]

医生对病人/病人的父母或监护人/病人的委托人所作的解释和有关人员签署详列如下:

一、简要病情:

1. 刘连葱, 女, 63岁, 农民、玉环人, 6年余前行左股骨粗隆间骨折切复钢板内固定+股骨头骨折切复可吸收螺钉内固定术
2. 因“左股骨粗隆骨折术后6年余”入院。
3. 专科查体: 左髋部局部压痛, 无肿块无红肿瘀斑, 肢端血运感觉活动可。
4. 辅检: 2019-07-11普放: 左髋关节及股骨上段置换术后改变, 请结合临床
2019/12/23 凝血功能常规 凝血酶原活动度 103% ; 纤维蛋白原 3.36 g/L ; 活化部分凝血活酶 36.4 秒 ; APTT比值 1.01 ; 凝血酶原时间 13.0 秒 ;
2019/12/23 血常规五分类 红细胞 4.48 $\times 10^{12}/L$; 平均血小板体积 13.4 fl \uparrow ; 白细胞 4.94 $\times 10^9/L$; 血小板 175 $\times 10^9/L$; 红细胞压积 0.384 L/L ; 血红蛋白 126 g/L ;

二、手术及适应症:

1、病人的诊断/适应症:

左髋关节内固定后感染
假体旷置术后

2、病人接受的手术名称(或性质)和方式:

1、手术名称(方式): 左全髋关节翻修术; 2、是否需要分期手术: 否

3、手术的目的:

取出旷置骨水泥, 改行假体置换, 改善关节功能。

三、与手术有关的风险及并发症:

- 1、术中可能发生不可避免的邻近器官/血管/神经损伤、难以控制的大出血。
- 2、可能情况变化导致手术进程中断、更改手术方案或再次手术。
- 3、若发生严重并发症如心跳呼吸骤停, 病人可能在术中或术后死亡(或无法挽回的脑死亡)。
- 4、术后手术区可能出现出血、感染、切口裂开等术后并发症。
- 5、术后可能出现肺部, 严重时出现全身感染、脏器功能衰竭(包括DIC)、水电解质平衡紊乱。
- 6、腹部及下肢深静脉可能出现血栓, 如血栓脱落流到肺部, 可能危及生命, 此并发症并非罕见。或者循环系统可能出现其他问题, 如心肌梗塞、心律失常或脑卒中。
- 7、可能诱发原有或潜在疾病恶化。
- 8、术中的快速冰冻切片, 初步判断病变性质, 为临床医师提供术式选择及手术范围的依据。但该方法尚存在一定的局限性, 术中冰冻切片病理诊断与术后的病理诊断可能存在不符的风险, 患者及家属均应知晓。
- 9、如分泌物、呕吐物、出血、喉水肿导致呼吸道阻塞, 可能出现窒息而危及生命。
- 10、除上述情况外, 本次手术还可能发生下列情况:
1. 术后并发严重感染或迟发性感染导致手术失败可能。2. 术中骨水泥反应, 血压下降, 危及生命可能。3. 术中骨折可能, 需要钢丝环扎, 螺钉等内固定可能。4. 术后出现假体松动、下沉、磨损导致疼痛可能。5. 术后假体脱位、假体周围骨折可能。6. 术中、术后下肢深静脉血栓形成, 严重者引起肺栓塞、脑栓塞, 危及生命。7. 术后意识改变, 多日才能恢复, 甚至不能恢复。8. 术中麻醉意外, 术后出现心肝肾肺等多脏器功能衰竭可能, 呼吸心跳骤停, 消化道大出血, 抢救无效, 死亡可能。9. 术中术后均有可能出现心脑血管意外可能, 如昏迷、偏瘫、失语、肢体抽搐、精神症状可能, 甚至植物人可能。10. 术后多次手术包括翻修手术可能。11. 术后双下肢不等长, 需鞋垫, 行走跛行可能。12. 髋关节近端骨折吸收, 术后功能重建不满意; 13. 再次感染可能! !
- 11、可能出现其它无法预料或不能防范的并发症。

四、在手术过程中可能需要的其他治疗: (如手术中出现未谈及的治疗则由医师当面说明)

其他治疗包括:

输液、输血、生命支持
视术中情况而定

签署人签名 [REDACTED]

谈话医生签名: 陈吉

温州医科大学附属第一医院

患者授权委托书

姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 63岁 科别 骨科 [REDACTED]

尊敬的患者及家属：

依照《中华人民共和国侵权责任法》（中华人民共和国主席令 第二十一号）第五十五条规定“医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其书面同意”。卫生部《病历书写基本规范》第十条规定“对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。”为切实保障患者的知情同意权和实施保护性医疗措施，敬请你们根据自己的实际情况，慎重考虑，选择是否作为患者病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

温州医科大学附属第一医院

上述内容本人已充分了解，经慎重考虑，我确定：

☒ 本人作为病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

☒ 授权 [REDACTED] 作为病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并全权代表本人签署各项医疗活动同意书，被授权人的签字视同本人的签字。

患者签名：

[REDACTED] 签署日期：2012.12.3

本人接受患者 [REDACTED] 的授权，同意代理行使该患者在医院医疗期间的知情同意和选择权，并签署各项医疗活动同意书。

被授权人签名：

身份证号

与患者关系：

联系电话

日期：2012.12.3

现确认增加以下被授权人，至签字时间起，被授权人均可独立代理行使本人本次治疗期间的权利。

患者签名：

签署日期：

被授权人签名：

身份证号：

与患者关系：

联系电话：

签署日期：

患者签名：

签署日期：

被授权人签名：

身份证号：

与患者关系：

联系电话：

签署日期：

未成年人（小于18周岁）、无完全民事行为能力的成年患者，由其法定代理人代为行使上述权利。

代理人签名1：

身份证号：

与患者关系：

联系电话：

签署日期：

代理人签名2：

身份证号：

与患者关系：

联系电话：

签署日期：

（本授权委托书保留在病历中）