



四川大学华西医院

手术知情同意书

科室：胃肠外科医疗单元

登记号：

我的医生已经告知我病情、将要进行的手术方式、手术中及手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该手术的相关问题。

我要求为我（患者）施行手术，并理解手术并发症和手术风险。

我授权在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式作出调整。

我理解我的手术需要多位医生共同进行。

我授权医师根据手术中具体情况做冰冻活检。

我授权医师对手术切除的病变器官、组织或采取的血液等标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理，以及用于教学、科学研究等。

我并未得到手术和治疗百分之百成功的许诺。一旦发生上述风险，我授权医生根据情况决定抢救诊疗方案，并同意支付所发生的诊疗抢救费用。

我的其他说明：

患者签名：

签名日期： 年 月 日

如果患者无法或不宜签署该知情同意书，请其授权的代理人或近亲属在此签名：

患者授权的代理人或近亲属签名：

与患者关系：

签名日期：

医生陈述：

我已经告知患者的病情、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关于该手术的相关问题。

医师签名：

签名日期： 年 月 日

患方签名：

四川大学华西医院 标本留取知情同意书

患者姓名:		登记号:	
项目名称: 四川大学华西医院临床遗传资源收集			
四川大学华西医院遗传资源中心采集和储存的疾病资源标本主要用于疾病预防和诊治等方面的科学研究,以保障开展科学研究和提高生物医学水平为目的,为医药科学技术的研究和发展储备遗传资源。 我们将在不影响临床检测、病理诊断及治疗的前提下,收集您在诊断和治疗中产生并常规废弃的标本(血液、活检或手术中切除后废弃的组织等)及相关病历资料,我们对上述标本的收集不会给您增添任何痛苦和风险。收集到的标本将以编号的方式进行研究,您的个人信息将会被严格保密。您所捐赠的标本将为医学研究做出贡献,但它不给您带来直接的经济利益。 您同意留取标本完全出于自愿,我们采集的疾病资源标本将在有效期内保存并用于以科学目的的研究,若您现在同意捐赠而将来要求退出,对您的医疗不会带来任何负面影响。在样本有效期过后或您退出捐赠,标本将被销毁。			
患方陈述: 本人已经仔细阅读了本知情同意书的全部内容,对上述告知内容我已经完全理解,经慎重考虑,决定接受(☒) / 拒绝(☐) 参加标本捐赠。备注:请在()选项内打“√”。 患者(签名): _____, _____年____月____日 如果患者无法或不宜签署知情同意书,请其近亲属或授权的代理人在此签名: 患者近亲属或授权代理人(签名): _____, _____年____月____日			
医务人员陈述: 我已经告知患者留取标本的目的、留取标本的内容、可能的收益和风险、捐赠标本的自愿原则、个人信息的保密等并且解答了患者关于此次留取标本的相关问题。 医务人员(签名): _____, _____年____月____日			