



北京积水潭医院

授权委托书

姓名

患

本人于2021年08月24日因病入院。本人在北京积水潭医院住院期间，有关病情及相关情况的告知，以及诊疗过程中需要签署的知情同意书，本人郑重委托[redacted]作为我的代理人，代为行使住院期间的知情同意权力，并履行相应的签字手续。患者或代理人签字均视为同意本医疗机构的诊疗活动。

委托代理人：[redacted] 性别：女 年龄：24 联系电话：[redacted]

有效证件号码：[redacted]

与患者关系：☐ 子女 ☐ 配偶 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属 ☐ 同事 ☐ 朋友 ☐ 其他

患者签名：[redacted]

患者签字日期：2021.8.25

受托代理人

代理人签字日期：2021.8.25

医生签名：[signature]

2021年08月25日



北京积水潭医院

手术说明知情同意书

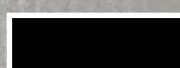
姓名:



登记号:



病案号:



尊敬的患者:

根据您目前的病情,您有此手术适应症,建议您采取手术治疗,特向您详细介绍和说明:术前诊断、手术名称、手术目的、手术风险(包括术中或术后可能出现的并发症等)和需要采取的相应措施以及替代医疗方案等,以便您理解相关手术情况,帮助您做出选择。鉴于医学手术风险较高,发生意外事件不能完全避免,建议您术前购买手术意外保险,分担手术风险。

一般情况	姓名:		性别: 女	年龄: 25岁
	科室:		病房: 普通外科西病区四龙观	病案号:
	身份证号			

术前诊断: 消化道重复, 臀部窦道, 盆底疝, 贫血

替代治疗方案: 非手术治疗, 密切观察病情变化, 病情进展再手术;

拟行手术适应症: 重复消化道畸形, 臀部窦道。

建议拟行手术名称: 腹腔镜探查 肠道重复畸形切除+臀部窦道切除术

手术目的: 切除畸形消化道和陈旧窦道

手术部位: 腹腔-盆腔+右臀部

患者自身存在的高危因素: 无

拟行手术禁忌症: 完善相关术前检查, 无明确手术禁忌

手术风险, 包括术中或术后可能出现的并发症等:

1、麻醉意外, 心脑血管意外。2、术中大出血、失血性休克, 严重者死亡(低前静脉、髂血管、肠系膜等重要血管损伤); 3、重复消化道不能完整切除, 盆腔内残留, 腹腔内积液。4、腹腔内占位与周围脏器粘连, 需合并切除部分肠管等。5、胆总管损伤, 致胆汁性腹膜炎、术后胆管狭窄、黄疸、肝功能衰竭。6、胰腺损伤, 致术后胰瘘。7、脾脏损伤, 需行脾切除术。8、输尿管损伤。9、膀胱和尿道损伤。10、盆腔神经损伤, 导致术后排尿及性功能障碍。11、术后腹腔内出血, 消化道出血或吻合口出血, 需二次手术。12、术后肠道内瘘, 导致粪性腹膜炎, 严重者死亡。13、术后腹胀、恶心、呕吐。14、尿潴留。15、术后粘连性肠梗阻。16、切口积液、血肿, 裂开, 感染导致愈合延迟, 切口疝(经腹会阴直肠癌根治术会阴部切口延迟愈合), 远期盆底疝加重需二次手术修补。17、肠造瘘口并发症(造瘘口粘膜炎、周围皮炎、狭窄、肠脱出、疝形成或肠管坏死与回缩)。18、术后排便习惯改变(腹泻、便秘、大便失禁等)。

JST 北京积水潭医院

手术说明知情同意书

姓名:

登记号:

病案号:

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此说明同意书的全部条款, 我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

经治医师签名: 签名时间: 2021年9月2日 16时10分 签名地点: 普通外科西病区

普通外科西病区

术者签名确认:

患者/患者近亲属/法定监护人签名:

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案, 并已就医疗风险和并发症向我进行了充分说明。我理解手术可能出现的风险、效果及预后等情况, 并知道手术是创伤性检查手段。由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响, 术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险, 不能确保救治完全成功, 甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险, 我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式, 也可以拒绝或放弃此项手术, 也知道由此带来的不良后果及风险, 我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询, 并得到了全面的答复。

我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容, 特做以下声明:

(请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容, 特做以下声明:”字样)

我 同意 (填写“同意”) 接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。

并授权医师: 在术中或术后发生紧急情况下, 为保障患者的生命安全, 医师有权按照医学常规予以紧急处理, 并采取适宜的施工方案实施必要的抢救。

患者签名:

患者近亲属/法定监护人签名:

与患者关系:

联系电话:

患者近亲属/法定监护人身份证号码:

签字时间: 2021年9月2日 16时10分 签字地点: 普通外科西病区回龙观

我 (填写“不同意”) 接受医师建议的手术方案并愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重, 恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名:

患者近亲属/法定监护人签名:

与患者关系:

联系电话:

患者近亲属/法定监护人身份证号码:



北京积水潭医院

手术说明知情同意书

姓名:

登记号:

病案号:

签字时间: 年 月 日 时 分 签字地点:

患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由:

记录人:

见证人: 见证人身份证号码:

时间: 年 月 日 时 分

地点:

如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名, 请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实。