

以上这些风险可能会加大,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。

7. 我理解术后如果我的体位不当、咳痰不力,或不遵医嘱,可能影响手术效果。

8. 我知道一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

患者知情选择:

✓ 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治疗方案,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: _____

我已知晓手术风险及并发症,要求手术治疗

签名日期: 2021 年 11 月 15 日

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: 杨永君

签名日期: 2021年11月15日

