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。

萧　山　中　医　院
浙江中医药大学附属江南医院

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]作为本人的病情、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]

本人同意接受患者[redacted]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]证件号码[redacted]

联系电话：[redacted]　　签字时间：2022年12月22日8时0分

现确认增加以下被授权人，自签字时间起，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：_____　　签字时间：_____年____月____日____时____分

被授权人签名_____有效证件号码_____与患者关系_____

联系电话：_____　　签字时间：_____年____月____日____时____分

被授权人签名_____有效证件号码_____与患者关系_____

联系电话：_____　　签字时间：_____年____月____日____时____分

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_____有效证件号码_____与患者关系_____

联系电话：_____　　签字时间：_____年____月____日____时____分

（本授权书保留在病历中）

患者姓名 [redacted]

脊柱手术知情同意书

术前诊断：1.胸9、10椎体感染性病变考虑 结核待排2.腰椎间盘突出症3、腰椎退行性变4、前列腺增生伴钙化5、脾脏增大（血管瘤考虑）

拟施手术名称：前入路胸椎病灶清除+取髂骨植骨+前路钉板或钉棒内固定术（必要时行人工椎体植入），必要时联合后入路手术

术前准备及防范措施：完善CT、血常规等检查检验，排除手术禁忌，告知患者及其家属手术风险及并发症，术中仔细操作，术后联系ICU等

医疗替代方案(不同治疗方案及手术方式)：保守治疗

拒绝手术可能发生的后果：感染加重，病灶扩散，进一步破坏椎体造成病理性骨折，侵入椎管压迫脊髓及神经，造成双下肢功能及感觉障碍，甚至截瘫可能

患者自身存在的高危因素：患者体质一般，年龄偏大

手术中可能出现的意外和风险：●麻醉意外，严重者可致休克，甚至危及生命●根据术中情况变更术式或内固定方式●术中损伤交感神经、血管及邻近器官，神经支配区域感觉、运动功能障碍，马尾神经损伤出现大小便功能障碍，勃起功能障碍，脊髓损伤出现部分或完全性瘫痪；血管损伤导致大出血，严重者可致休克，甚至危及生命●术中突发意外，出现心、肺、肾或其他重要器官功能衰竭，危及患者生命●术中内固定物或手术器械折断不能取出留于体内●术中硬脊膜破裂，术后出现脑脊液漏

手术后可能出现的意外和并发症：●术后心脑血管意外：脑出血或脑栓塞，神志不清，昏迷甚至死亡；心律失常，心肌梗死，心力衰竭，血压降低，休克甚至死亡●原有疾病加重或诱发潜在疾病●术后深静脉血栓形成，严重者肺栓塞，呼吸功能障碍，呼吸衰竭甚至死亡●术后继发出血，血肿形成，切口脂肪液化，感染，骨髓炎●术后症状、体征改善不明显或不改善，脊柱不稳●内固定物松动，断裂，异物反应合●术后人工椎体松动，滑脱●术后椎间隙感染●脊柱融合手术出现不融合，相邻椎间隙退变加速8.●术后感染复发或病灶进一步扩散，需要多次手术

●除上述情况外，本次手术还可能导致下列并发症：1.术中损伤脊髓，神经根瘫痪加重可能2.硬膜囊破裂出现脑脊液漏、损伤腹主动脉、下腔静脉大出血危及生命3.术中需要取髂骨植骨可能4.术中、术后脂肪栓塞，肺、脑血栓形成，危及生命5.术中损伤交感神经节，至相应症状6.切口感染不愈合7.内固定物松动、滑脱、断裂、植骨融合失败 8.术后感染复发，需多次手术9.术后腰背部疼痛活动不利，取髂骨处疼痛不适，其它不可预测的意外情况。

患方意见：患者及家属已充分了解上述各项内容，经慎重考虑，选择：

1、同意（请填：同意）接受该手术方案，愿意承担手术风险，并接受医师在紧急情况下的抢救处置。

2、_____（请填：不同意）接受该手术方案，并愿意承担因拒绝手术而发生的一切后果。

我选择的治疗方案是：手术。

患者/法定监护人/被授权人签字：[redacted] 日期：2022年5月23日

主刀医师签字：[redacted] 日期：2022年5月30日

审批医师签字：[redacted] 日期：2022年5月20日

手术知情同意书签字须知

尊敬的患者及家属：您或您的亲属因病（伤）在我院接受手术治疗，感谢您对我们的信任。任何手术均存在较高的风险，在您决定手术前，由手术医师负责向您解释手术相关事项。希望您逐项仔细阅读，不理解之处务必

[redacted]

请在手术、麻醉实施前询问清楚。手术医师将严格遵守医疗规范，认真准备，密切观察，仔细操作，及时处理意外情况。一旦出现紧急情况时，手术及麻醉医师将作出相应处理，同时向患者家属通报病情，请患者家属理解并配合医院紧急抢救的实施。谢谢您的理解与合作！