



武汉市中西医结合医院  
武汉市第一医院

# 手术知情同意书

慢性浅表性胃炎

拟行手术名称：经口内镜下食管括约肌切开术（POEM）

患者因患贲门失弛缓症疾病，需要手术治疗。本医师针对患者病情，告知了目前可行的治疗方案及替代方案，且说明了优、缺点。经向患方充分告知，医患达成一致，选择上述治疗方案。由于病情的关系及个体差异，依据现有医学科学技术条件，施行该手术可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者（患者近亲属、代理人）交代并说明，一旦发生所述情况，可能增加原有病情，出现新的病变（损害），甚至危及生命，医务人员将按照医疗原则予以尽力抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意手术，请书面表明意愿并签字。

手术者签名：[Signature]

经治医师签名：[Signature]

2017年11月11日 10:43:14

本人系患者（代理人），患者因患贲门失弛缓症疾病，在贵院治疗。经医师向我说明各种治疗方案及替代方案的优、缺点后，我选择手术治疗。对医师以上说明及本页背面举例讲解的共8条告知内容及替代方案，我已充分理解，且愿意承担手术风险，同意医师实施上述手术方案，同时授权委托医师根据术中病情判断和患者利益调整手术方案，并授权委托医师对已切除的器官、组织进行合理的处理。因系患者本人意愿，目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者（代理人）签名：[Signature]

患者近亲属签名：[Signature]

同意

2017年11月11日 10时45分

本人系患者（代理人），患者因患贲门失弛缓症疾病，在贵院治疗。经医师向我说明各种治疗方案及替代治疗方案的优、缺点后，我已充分理解以上说明及本页背面举例讲解的共8条告知内容及替代方案，并充分理解拒绝手术的风险，还决定拒绝上述手术治疗并承担相应后果。因系患者本人意愿，目前及以后对此不提出异议。

患者（代理人）签名：[Signature]

患者近亲属签名

与患者关系：[Signature]

年 月 日 时 分