

# 安徽医科大学第二附属医院 患者授权委托书

姓名            出生日期            年龄            性别            病历号            科室            床号           

尊敬的患者及家属：

在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的疾病、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是为了避免对患者产生不利后果，按照有关规定需取得患者本人书面同意方可进行的医疗活动。患者不具备民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其具备完全民事行为能力人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可有医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

为切实履行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、医疗风险等的被授权人，履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

- 1、了解患者病情；
- 2、对患者实施麻醉、手术以及有创检查、治疗时；
- 3、使用贵重药物、耗材或进行贵重检查时；
- 4、为诊治疾病而超出报销范围使用特定药物或采取特定医疗措施时；
- 5、因病情需要输注血液或血液制品；
- 6、诊断性医疗；
- 7、患者暂时无知情同意能力但因病情危急需要紧急治疗时；

我授权            行使本人在该院医疗期间的知情同意权和选择权，并履行相应的签字手续，被授权人之行为视同本人知悉和同意。（请患者在空白处填写被授权人姓名）

患者签            年            月            日            时            分  
患者无法写字时按手印            手印说明 2019 年 3 月 4 日 19 时 04 分

本人接受患者            的授权，同意代理行使该患者在该医院医疗期间的知情同意权和选择权，并签署各项医疗活动同意书。（请被授权人在空白处填写姓名）

患方委托人签名：            与患者关系            电话：             
委托人身份证号码：            2019 年 3 月 4 日 19 时 10 分

以下特殊情况，需法定监护人签字

未成年人（小于18周岁）、无完全民事行为能力的成年患者（如昏迷、精神异常等），由其所有法定代理人共同协商制定其中一位代理人代为行使上述权利。

法定监护人签名：            与患者关系            电话：             
法定监护人身份证号码：            年            月            日            时            分

安徽医科大学第二附属医院  
泌尿外科手术知情同意书

姓名  性别  年龄  科别 泌尿外科(二) 床位  病历号

姓名  性别  年龄   
 尊敬的患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人：  
 姓名  性别  年龄  职业  住址  联系电话

根据患者疾病和诊疗的需要,医生建议为患者进行手术治疗,根据卫计委相关文件规定必须明确告知您相关风险及预后,在手术过程中一旦发生风险和意外,医生会采取积极应对措施。您认真阅读以下内容斟酌后决定是否行此手术。如患方仍不理解可以向医师咨询。

一、患者诊断：1. 左侧精索占位？ 2. 左侧阴囊肿物 3. 左下腹壁肿物

二、推荐的诊疗：左侧下腹部包块+左侧睾丸切除术

三、是否有其他可以替代方案：☒无 ☐有（具体说明）

四、可能的治疗效果: ☒有效 ☐无效 ☐不确定

### 五、治疗期间和恢复期主要的风险及并发症:

1. 麻醉并发症（另附麻醉知情同意书）；
2. 术中、术后大出血，输血可能；严重者可致休克，危及生命安全；
3. 术中因解剖位置及关系变异变更手术；
4. 术中可能会损伤神经、血管及邻近器官；
5. 伤口并发症：出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合、瘘管及窦道形成；
6. 脂肪栓塞；严重者可导致昏迷及呼吸衰竭，危及生命安全；
7. 呼吸系统并发症：肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等；
8. 循环系统并发症：心律失常、心肌梗死、心力衰竭、心跳骤停；
9. 脑并发症：脑血管意外、癫痫；
10. 精神并发症：手术后精神病及其他精神问题；
11. 血栓性静脉炎，以致肺栓塞、脑栓塞；
12. 多脏器功能衰竭，弥散性血管凝血（DIC）；
13. 水电解质平衡紊乱；
14. 诱发原有疾病恶化；
15. 再次手术；
16. 胸膜、肺损伤，需放置胸腔闭式引流；腹膜、肠管、肝脏等脏器损伤可能，引起大出血、腹膜炎，需肠
17. 术中肿瘤侵犯范围较广，无法完全切除可能，甚至行关手术；
18. 术后病理如为恶性肿瘤，需术后辅助治疗可能；
19. 术后病理为良性肿瘤可能；
20. 术后进重症监护室可能，花费较大；
21. 其他不可预知情况，如：

六、不治疗可能产生的结果: ☒ 疾病加重 ☐ 症状未缓解 ☒ 诊断不明确 ☐ 其他

七、成功的可能性: ☒大 ☐中 ☐小 ☐不确定

医学是一门经验科学，还有许多未被认识的领域，而且患者的个体差异很大，因此任何诊疗操作都有可能达不到百分之百的预期结果，有可能出现并发症、损伤甚至病情恶化、死亡的风险。但我们会严格遵守诊疗规范，密切观察病情，及时处理、抢救，力争将风险降到最低限度。

### 医师陈述

我已经向患方充分说明了手术的特征、优势和适应症，告知在治疗过程中可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法等相关事宜，并且解答了患方关于此次治疗的相关问题。

医师签名: 职称(务) 主治医师 签名日期 2019年03月07日 10时27分

安徽医科大学第二附属医院  
泌尿外科手术知情同意书

姓名 [REDACTED] 性别 [REDACTED] 年龄 [REDACTED] 科别 [REDACTED] 床位 [REDACTED] 病历号 [REDACTED]

尊敬的患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人：

患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人意见：

医师已经告知我手术的特征、优势和适应症、治疗中及治疗后可能发生的并发症和风险等相关事项，我已充分理解本知情同意书的内容。若在治疗期间发生意外紧急情况，我 (填写“同意”；或不同意) 受贵院必要的处置措施；我理解患者的治疗过程需要多位医师共同进行。

我 (填写“同意”或“不同意”) 在治疗中医师可以根据患者的病情变化对预定的治疗方案做出调整。

我 同意 (填写“同意”或“不同意”) 实行手术治疗；对所发生的一切后果我自行承担 responsibility。

我并未得到手术百分之百成功的许诺。

我授权医师对切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名： [REDACTED] 签名日期 年 月 日 时 分

患方委托人签名： [REDACTED] 与患者的关系： [REDACTED] 签名日期 2019年3月7日16时45分