

安徽省立医院

手术知情同意书

姓名 科别创伤骨科一病区 病区 创伤骨科一病区 床号 A5 住院号

完善相关检查，术前严格消毒，术中严格执行无菌操作，严密止血，精细操作，合理选择术式，术后给予抗炎、止血等对症治疗。

由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保救治完全成功，可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。

【术后主要注意事项】

多选

经治医师已向患者解释清楚本知情同意书的全部条款，患者或患者直系亲属、委托代理人已充分了解本知情同意书的全部内容。

经治医师签字：

签字时间：

手术医师签字：

签字时间：

10.20

患者或直系亲属及委托代理人确认：

医师已对患者病情及拟实行的手术进行充分告知，并已就术中或术后可能出现的并发症、手术风险进行了详细说明。患者或直系亲属及委托代理人了解手术可能出现的上述风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响，术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况：

医师已向患者或直系亲属及委托代理人解释过其他治疗方案及其风险，患者或直系亲属及委托代理人有权拒绝或放弃此手术，也知道由此带来的不良后果及风险，患者或直系亲属及委托人已就患者的病情、该手术及其风险以及相关的问题向医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。

同意手术并授权医师：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置。（填写“已知手术风险，同意手术。”）

患者或直系亲属及委托代理人签字：

签字时间：双击选择

不同意手术：（填写“拒绝手术。”）

患者或直系亲属及委托代理人签字：

签字时间：2018年10月20日

备注：

- 1、如果患者或直系亲属及委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明：
- 2、若委托代理人签字需提交患者或直系亲属签署的授权委托书。
- 3、患者或直系亲属及委托代理人在每页页脚空白处均签名。

4-1. 手术前后文书