

青岛大学附属医院

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]	性别: 女	年龄: 16岁	住院号: 9 [REDACTED]	登记号: [REDACTED]	日期: 2017-01-17
----------------	-------	---------	-------------------	-----------------	----------------

我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 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。

我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:

术中未发现原始性腺, 术后出血、需二次手术止血, 输尿管、肠管、膀胱等盆腔脏器损伤。

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

医生陈述:

我已告知患者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此次手术的相关问题。

手术者签名: **姚勤** 经治医师签名: **吕腾**

签署日期: 2017年1月17日

患者知情选择:

医师已经告知我将要进行的手术方式、此次手术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此次手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师可以根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、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。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名:

授权委托人或法定监护人签名: [REDACTED]

与患者关系: [REDACTED]

签署日期: 2017年1月17日