



中国医学科学院肿瘤医院
Cancer Hospital Chinese Academy of Medical Sciences

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病案号: [REDACTED]

我明确知道,基于本人疾病状况及上述术前诊断,医生考虑认为有必要实施上述手术,本人不同意替代治疗方案,要求手术以达到对本人疾病进一步诊疗的目的。

我知道,将由王成锋等医生为我实施上述手术,医生向我解释过上述手术的必要性及存在医疗上难以预知和/或无法避免的风险。

我理解所有的手术均含有一定的风险,其中包括出血、感染、其他器官损伤及突发心肺功能障碍以及其他意外情况,一旦出现上述风险可能导致危及生命和健康的严重后果,医生将会采取其他相应的诊疗措施。

我理解在手术过程中有可能出现一些未曾预料的情况及意外,医生将会根据医学专业知识和经验决定相应的诊疗措施,非常必要时会实施上述手术外的其他手术。

我理解将有疾病和医疗上不可确定的因素导致本次手术无法达到预期的目的和效果。

中国医学科学院肿瘤医院是一家三级甲等肿瘤医院专科医院,所从事的医疗活动有义务严格遵循国家有关的法律、法规和诊疗护理的规范要求。我同意在这家医院诊疗过程中引起的任何争议将按照国家有关的法律,法律所提供的途径解决。

我明确表示,同意接受本次手术。

患者签名: [REDACTED]

日期: 2018.1.16

(应由患者本人签名,如果患者本人无法签名,可由患者法定代理人、近亲属及关系人签名,同时注明与患者关系,并附上授权委托书。)

医师签名: [REDACTED]

日期: 2018.1.16

(应由与患者及其代理人进行谈话的医师,包括手术者、手术者委托的参与本手术的医师签名。)