

华中科技大学同济医学院附属协和医院

手术同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 51岁 科室: 耳鼻咽喉科 床号: [REDACTED] 住院病历号: [REDACTED]

术前诊断: 筛窦肿物 鼻中隔偏曲 肥大性鼻炎

拟行手术名称: 鼻内镜下鼻腔鼻窦手术

患者因患上述疾病, 需行手术治疗。本医师针对患者病情, 告知了目前可行的治疗方案、替代方案, 且说明了优、缺点。经向患者充分告知, 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的条件, 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, 可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命, 医务人员将按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。

手术医师签名:

经治医师签名:

[Signature]

日期: 2020年11月28日10时00分

本人系患者(代理人), (患者)因患上述疾病, 需行手术治疗。经 [Signature] 医师向我说明各种治疗方案的优、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 49 条告知内容及替代方案, 我已充分理解, 且愿意承担上述风险, 【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:

患者近亲属签名:

[REDACTED]

与患者的关系: 本人

日期: 2020年11月28日10时00分

本人系患者(代理人), (患者)因患上述疾病, 需行手术治疗。经 [Signature] 医师向我说明各种治疗方案的优、缺点后, 我已充分理解以上说明及本页背面举例讲解的共 [] 条告知内容, 并充分理解拒绝手术的风险, 仍决定【拒绝】接受上述手术治疗并承担相应的后果。因系本人意愿, 目前及以后对此不再提出异议。

患者(代理人)签名:

患者近亲属签名:

与患者的关系:

日期: [] 年 [] 月 [] 日 [] 时 [] 分

