



卵巢肿瘤手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 妇产科(妇科)病房(5-3)

床号: 33

住院号: [REDACTED]

基于术中及术后可能出现的各种并发症,我们将根据现代医疗规范,采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全,使治疗过程顺利完成:

具体措施主要包括以下几个方面:

1) 术前: 完善各项辅助检查,备血,麻醉会诊,阴道、肠道准备,针对性治疗。

☒ 控制血糖 ☐ 控制血压

2) 术中: 谨慎操作,严密止血、准确解剖、监测生命体征

3) 术后: 抗炎、止血、补液治疗,密切观察病情变化

4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。

5) 其他: 阴道残端愈合不良

5.4 可供选择的其它治疗方法: 开腹手术

您选择的手术方案: 腹腔镜下全子宫+左侧附件切除术+右侧输卵管切除术

6 如需植入内置物,您同意选择的类型:

无

7 您的主刀医生是: 郑艳, 助手: 金悦 手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士,必要时邀请病理及放射科医生。

8 拟定的手术将根据您的授权和同意进行,术中如有紧急或事先没有预料的情况发生,医生将及时与家属取得联系,根据出现的情况,医生将根据专业判断采取任何必要的手术。

9 如果您的医生认为在手术期间您需要输血或血液制品,他/她将会告诉您有关输血或血液制品的风险、利弊,这包括由于输血或血液制品而感染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此,您有权同意或拒绝接受输血或血液制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。

10 您签字后表明您已授权病理医生对在手术中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置。

11 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩,也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。

12 为了确保您对上述内容的准确理解,在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前,医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问,希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示:

① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容;

② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;

③ 您已经得到了有关手术的相关信息;

④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

谈话医生: 金悦 日期: 2019 年 8 月 19 日 17 时 35 分

签名: [REDACTED] 日期: 2019 年 8 月 19 日 17 时 40 分





浙江大学医学院附属第一医院
浙江省第一医院

卵巢肿瘤手术知情同意书

姓名: [redacted] 病区: 妇科病房(5-3) 床号: 16 住院号: [redacted]

基于术前及术后可能出现的各种并发症,我们将根据现代医疗规范,采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全,使治疗过程顺利完成:

具体措施主要包括以下几个方面:

1)术前:完善各项辅助检查,备血,麻醉会诊,阴道、肠道准备 对性治疗。

☐ 控制血糖 ☐ 控制血压

2)术中:谨慎操作、严格止血、准确解剖、监测生命体征

3)术后:抗炎、止血、补液治疗,密切观察病情变化

4)必要时请相关科室会诊协助治疗

5)其他:

5.4可供选择的其它治疗方法: 开腹手术,随访

您选择的手术方案: 腹腔镜下双附件切除术+全子宫+双附件切除术

6 如需植入内质物,您同意选择的类型:

7 您的主刀医生是: 夏雅仙, 助手: 沈艳敏 手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士,必要时邀请病理及放射科医生。

8 拟定的手术将根据您的授权和同意进行,术中如有紧急或事先没有预料的情况发生,医生将及时与家属取得联系,根据出现的情况,医生将根据专业判断采取任何必要的手术。

9 如果您的医生认为在手术期间您需要输血或血液制品,他/她将会告诉您有关输血或血液制品的风险、利弊,这包括由于输血或血液制品而感染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此,您有权同意或拒绝接受输血或血液制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。

10 您签字后表明您已授权病理医生对在手术中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置。

11 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩,也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。

12 为了确保您对上述内容的准确理解,在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前,医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问,希望您及时告诉您的医生。

您以下的签署表示:

① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容;

② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;

③ 您已经得到了有关手术的相关信息;

④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

谈话医生: [signature] 日期: 2017 年 7 月 10 日 15 时 23 分

签名: [signature] 年 2017 月 12 日 15 时 26 分

(☐ 患者本人 ☒ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)



浙江大学医学院附属第一医院
浙江省第一医院

卵巢肿瘤手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 妇科病房(5-3)

床号: 22

住院号: [REDACTED]

基于术中及术后可能出现各种并发症,我们将根据现代医疗规范,采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全,使治疗过程顺利完成:

具体措施主要包括以下几个方面:

1)术前:完善各项辅助检查,备血,麻醉会诊,肠道准备,对症治疗。

☐ 控制血糖 ☐ 控制血压

2)术中:规范操作,严密止血,准确解剖,监测生命体征

3)术后:抗炎,止血,补液治疗,密切观察病情变化

4)必要时请相关科室会诊协助治疗。

5)其他:

5.4可供选择的其它治疗方法:

您选择的手术方案: 腹腔镜下全子宫+双侧附件切除术

6 如需植入内置物,您同意选择的类型:

7 您的主刀医生是: 徐少婷, 助手: 贺伟华 手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士,必要时邀请病理及放射科医生。

8 拟定的手术将根据您的授权和同意进行,术中如有紧急情况事先没有预料的情况发生,医生将及时与家属取得联系,根据出现的情况,医生将根据专业判断采取任何必要的手术。

9 如果您的医生认为在手术期间您需要输血或血液制品,他/她将告诉您有关输血或血液制品的风险、利弊,这包括由于输血或血液制品而感染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此,您有权同意或拒绝接受输血或血液制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。

10 您签字后表明您已授权病理医生对在手术中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置。

11 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩,也同意拍摄不注明您身份的相片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。

12 为了确保您对上述内容的准确理解,在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前,医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问,希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示:

① 您已阅读并理解,同意前面所述的内容;

② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;

③ 您已经得到了有关手术的相关信息;

④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

谈话医生: 徐少婷 日期: 2019 年 6 月 12 日 16 时 02 分

签名: [REDACTED] 2019 年 6 月 10 日 16 时 02 分

(☒ 患者本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)

