



浙江大学医学院附属第一医院  
浙江省第一医院

## 患者授权委托书

姓名: [REDACTED]

病区: 呼吸内科病房(2-14)

床号: 23

住院 [REDACTED]

本人在院诊疗期间,有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书,郑重委托  
[REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], 作为我的  
代理人, [REDACTED] 院期间的知情同意权利,并履行相应的签字手续,全权代表本人签字,被委托人的签字  
视同本人的签字。

经授权人签字,本授权书即生效;被授权人之行为视同本人知悉与同意,经委托人签名同意后所实施  
的诊疗行为,若产生不良后果将由本人承担。

授权人签名: [REDACTED]

身份证号码: [REDACTED]

电话: [REDACTED]

被授权人签名: [REDACTED]

身份证号码: [REDACTED]

与患者关系: [REDACTED]

电话: [REDACTED]

被授权人签名: [REDACTED]

身份证号码: [REDACTED]

与患者关系: [REDACTED]

电话: [REDACTED]

被授权人签名: [REDACTED]

身份证号码: [REDACTED]

与患者关系: [REDACTED]

电话: [REDACTED]

被授权人签名: [REDACTED]

身份证号码: [REDACTED]

与患者关系: [REDACTED]

电话: [REDACTED]

日期/时间: 2019 年 7 月 15 日 14 时 52 分

主: 1. 被授权人仅限于相关法规所规定的近亲属、代理人 and 关系人。

2. 如果病人不识字或因故不能书写,可以在授权人签名处按手指印,由被授权人在手印旁边写明按手印  
手指名称,并注明左右侧。



## 支气管镜检查知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 呼吸内科病房(2-14)

床号: 23

住 [REDACTED]

1 这是一份有关支气管镜检查的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的支气管镜检查相关事宜。请您仔细阅读, 提出与本次支气管镜检查有关的任何疑问, 决定是否同意进行支气管镜检查。

2 由于已知或未知的原因, 支气管镜检查有可能: 不能达到预期结果; 出现并发症、损伤甚至死亡等。因此, 您有权知道支气管镜检查的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体影响。在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前, 医生不能对您施行支气管镜检查。在支气管镜检查实施前的任何时间, 您都有权接受或拒绝本次治疗。

3 您的主诊医生: 徐旋里, 您的经管医生: 徐旋里

目前的诊断: 社区获得性肺炎, 重症

拟施行的检查: 支气管镜检查

4 医生会给您解释:

4.1 支气管镜检查的性质、目的:

主要用于明确诊断, 评估病情及治疗。

4.2 告诉支气管镜检查中任何可能伴随的不适、并发症或风险:

a 诱发心跳骤停、脑血管意外和呼吸骤停等。

b 出血、窒息、休克等。

c 咽喉部损伤、咽喉炎、喉痉挛、皮下气肿、气胸、梨状窝穿孔等。

d 麻醉药物过敏、甚至死亡等意外。

e 拔镜困难和下颌关节脱臼、腮腺肿胀等其它并发症或意外。

f 其它术前不可预知的意外

4.3 对上述情况将采取的防范措施

基于支气管镜检查过程中可能出现的各种并发症, 我们将根据现代医疗规范, 采取及时、有效、科学的防范措施, 最大限度地保护病人安全, 使诊疗过程顺利完成。

4.4 可供选择的其它检查/手术方法:

5 如需植入内置物, 您选择的类型:

6 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织进行必要的医学处置。

7 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。

8 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 您已经得到了支气管镜检查的相关信息;

④ 您授权并同意医生为您施行上述检查/操作。



浙江大学医学院附属第一医院  
浙江省第一医院

## 骨髓穿刺、活检知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 呼吸内科病房 (2-14)

床号: 23

住院号 [REDACTED]

8 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。

9 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 您已经得到了有关骨髓穿刺、活检操作的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述操作。

谈话医生: [REDACTED] 日期: 2019 年 07 月 27 日 10 时 00 分

签名: [REDACTED] 日期: 2019 年 07 月 27 日 10 时 05 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

## 骨髓穿刺、活检知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 呼吸内科病房(2-14)

床号: 23

住院号: [REDACTED]

1 这是一份有关骨髓穿刺、活检的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的骨髓穿刺活检相关事宜。请您仔细阅读,提出与本次骨髓穿刺、活检有关的任何疑问,决定是否同意进行骨髓穿刺、活检。

2 由于已知或未知的原因,任何操作都有可能:不能达到预期结果;出现并发症、损伤等。您有权知道骨髓穿刺、活检的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体影响。因此,在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前,医生不能对您施行骨髓穿刺、活检。在骨髓穿刺、活检操作前的任何时间,您都有权接受或拒绝本次治疗。

3 您的主治医生是: 王悦虹, 经管医生是: 徐旋里

目前诊断: 肺癌

4 拟施行的手术/操作名称: 骨髓穿刺 活检术

5 医生会用您通俗易懂的语言给您解释:

5.1 骨髓穿刺、活检的目的,预期费用:

- 1) 穿刺取骨髓,协助确定诊断及评估病情及疗效;
- 2) 骨髓组织病理检查,协助确定诊断及评估病情及疗效;
- 3) 其他
- 4) 有针对性的穿刺某些特殊部位,如肿瘤、囊肿、血管瘤等,进行相应诊断或治疗。

5.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

- 1) 术中、术后出血、渗液,损伤周围神经、动脉、静脉,致出血、血肿形成;
- 2) 麻醉药物过敏;恶性心律失常,心跳骤停;
- 3) 局部感染或败血症:穿刺点发生红、肿、热、痛,或全身感染如发热、寒战等;
- 4) 穿刺失败需多次穿刺或因疾病本身需行多次多部位穿刺;
- 5) 刺穿胸骨、纵膈、心包,引起心包压塞,心包积液,心功能衰竭等;
- 6) 心血管症状:穿刺期间可能发生高血压,脑血管意外,心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等;
- 7) 穿刺针折断;
- 8) 其它

5.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于骨髓穿刺过程中可能出现的各种并发症,我们将根据现代医疗规范,采取及时、有效、科学的防范措施,最大限度地保护病人安全,使诊疗过程顺利完成。

- 1) 局部包扎压迫;
- 2) 术后1天内避免穿刺部位接触不洁物质等。
- 3) 穿刺部位三天禁水
- 4) 其它

5.4 可供选择的其它治疗方法: \_\_\_\_\_

5.5 您选择的检查/治疗方法: \_\_\_\_\_

6 担任您本次骨髓穿刺、活检操作的医生: \_\_\_\_\_, 助手: \_\_\_\_\_

7 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织进行必要的医学处置。



浙江大学医学院附属第一医院  
浙江省第一医院

## 活检术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 呼吸内科病房(2-14)

床号: 23

住址: [REDACTED]

5.5 您选择的检查/治疗方法: 肌肉活检

6 担任您本次操作的医生: 王亚 助手: —

7 您签字后表明您已授权病理医生对在手术操作中取下的相关组织进行必要的医学处置。

8 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。

9 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做出决定前, 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 您已经得到了输血操作的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述穿刺活检。

谈话医生: 陈 日期: 2019 年 07 月 27 日 10 时 05 分

签名: 王亚 日期: 2019 年 07 月 27 日 10 时 05 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

## 活检术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 呼吸内科病房(2-14)

床号: 23

住院号 [REDACTED]

1 这是一份有关活检术的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的活检术相关事宜。请您仔细阅读, 提出与本次活检术有关的任何疑问, 决定是否同意进行活检术。

2 由于已知或未知的原因, 任何活检术都有可能出现以下情况: 不能达到预期结果; 出现并发症、损伤甚至死亡等。因此, 您有权知道活检术的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体影响。在没有给予您知情并获您签署的书面同意前, 医生不能对您施行活检术。在活检术实施前的任何时间, 您都有权接受或拒绝本次操作。

3 您的主诊医生是: 王悦虹, 经管医生是: 徐旋里

4 医生建议您施行的活检的部位/组织: 肌肉

5 医生会给您解释:

5.1 活检的性质、目的、预期的效果及大致费用:

活检是一种有创检查, 目的是明确肿块的病理性质及病理诊断, 为进一步制定治疗方案提供依据。

5.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

由于已知或无法预见的原因, 穿刺活检术过程及以后可能出现下列情况:

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 局麻药物引起不同程度的过敏反应           | <input type="checkbox"/> 损伤其它脏器                |
| <input checked="" type="checkbox"/> 穿刺部位出血、血肿、感染、疼痛等          | <input type="checkbox"/> 因疾病本身需要多部位活检术         |
| <input checked="" type="checkbox"/> 损伤血管引起大出血、肝脏破裂出血, 甚至出血性休克 | <input type="checkbox"/> 因疾病本身及其它未能预见的原因需再次活检术 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 胆漏, 严重时可引起化学性腹膜炎          | <input type="checkbox"/> 假阴性可能                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 肺穿刺部位出血导致咯血、血胸            | <input type="checkbox"/> 穿刺失败                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 肺部损伤导致气胸、皮下气肿             | <input type="checkbox"/> 器械故障                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 其它                        | <input type="checkbox"/> 肿瘤种植可能                |

5.3 针对上述情况将采取的防范措施:

鉴于活检术操作过程中可能出现的难以预料的因素、并发症或风险, 我们将根据现代医疗规范, 采取及时、有效、科学的防范措施, 最大限度地保护病人安全, 使治疗过程顺利完成。具体措施为:

- 1) 术前: 完善相关检查, 如出凝血时间、肝肾功能等, 并针对性使用药物进行治疗;
- 2) 术中:
  - a) 精确定位: 在B超导向下精确定位, 尽量避开周边器官、大血管、神经或胆道。
  - b) 仔细操作, 动作轻柔、准确。
- 3) 术后: 根据需要进行密切心电监护, 并针对性使用止血药物等。
- 4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。
- 5) 其它

5.4 可供选择的其它检查/治疗方法: Amnion



浙江大学医学院附属第一医院  
浙江省第一医院

## 支气管镜检查知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 呼吸内科病房(2-14)

床号: 23

住院号 [REDACTED]

谈话医生 32 日期 2019 年 07 月 17 日 16 时 10 分

签 名 [REDACTED] 日期 2019 年 07 月 17 日 16 时 10 分  
(☐ 患者本人 ☐ 配偶 ☒ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)