

# 台州恩泽医疗中心(集团) 浙江省台州医院

## 手术知情同意书

姓名: 病区:十八病区(共用) 床位: 住院号码:

各不相同,相同的诊治手段有可能出现不同的结果。因此,任何手术都具有较高的医疗风险,有些风险是医务人员和现代医学知识无法预见、防范和避免的医疗意外,有些是能够预见但却无法完全避免和防范的并发症。我作为主刀医生保证,将以良好的医德医术为患者手术,严格遵守医疗操作规范,密切观察病情,及时处理、抢救,力争将风险降到最低限度,如术中情况有变化及时与家属取得联系。

为确保您准确理解上述内容,请您仔细阅读并及时提出有关本次手术的任何疑问。

### 七、医师声明

我已经以患者所能理解的方式告知患者目前的病情、拟采取的治疗方式及可能发生的风险和并发症、可能存在的其他治疗方法等相关事项,给予了患者充足的时间询问本次治疗的相关问题并做出解答。

主刀医师签名: 签名时间: 2019年4月13日19时30分

### 八、患方意见

我的医师已经告知我将要进行的治疗方式必要性、步骤、成功率、治疗及治疗后可能发生的风和并发症、不实施该医疗措施的风险,操作中或操作后可能发生疼痛,及产生疼痛后的治疗措施,我经慎重考虑,已充分理解本知情同意书的各项内容,愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症,并选择本手术治疗(而非替代方案中的手术)。

患者签名:

签名时间: 年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的代理人在此签名:

代理人签名:

与患者关系:父子 签名时间: 2019年4月13日20时00分