



浙江省中医院
浙江中医药大学附属第一医院
浙江中医药大学第一临床医学院

授权书

姓名: 性别: 女 年龄: 科室: 骨伤中心 住院号:

尊敬的患者及家属:

依照《中华人民共和国侵权责任法》(中华人民共和国主席令 第二十一号)第五十五条规定“医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的,医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况,并取得其书面同意”。国家卫计委《病历书写基本规范》第十条规定“对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动,应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时,应当由其法定代理人签字;患者因病无法签字时,应当由其授权的人员签字;为抢救患者,在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下,可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。”为切实保障患者的知情同意权和实施保护性医疗措施,敬请你们根据自己的实际情况,慎重考虑,选择确定作为患者病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者,并签署各项医疗活动同意书。

上述告知内容本人已充分了解,经慎重考虑,我确定:

1. ☐ 由本人作为病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者,并签署各项医疗活动同意书。

2. ☐ 授权_____作为病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者,并全权代表本人签署各项医疗活动同意书,被授权人的签字视同本人签字。

患者签名: 年 月 日 时 分

被授权人声明:本人接受患者_____的授权,同意代理行使该患者在医院医疗期间的知情同意权和选择权,并签署各项医疗活动同意书。

被授权人签名: 与患者关系: 联系电话:

身份证号码: 签字时间:

现确认增加以下被授权人,至签字时间起,被授权人均可独立代理行使本人本次住院期间的权利。

患者签名: 年 月 日 时 分

(1) 被授权人签名: 与患者关系: 联系电话:

身份证号码: 签字时间:

(2) 被授权人签名: 与患者关系: 联系电话:

身份证号码: 签字时间:

未成年人(小于18周岁)、无完全民事行为能力的成年患者,由其法定代理人代为行使上述权利。

代理人签名: 与患者关系: 联系电话:

身份证号码: 签字时间:

(本授权书保留在住院病历中)



浙江省中医院
浙江中医药大学附属第一医院
浙江中医药大学第一临床医学院

关节手术知情同意书

姓名: 性别: 女 年龄: 科室: 骨伤中心 住院号:

【术前诊断】1. 右膝骨关节炎、2. 睡眠障碍

【手术指征】患者右膝关节疼痛, 活动受限, 影像学提示右膝外翻畸形

【拟行手术名称】右人工全膝关节置换术

【拟行手术日期】2020年12月14日 【手术部位】右下肢

【术前准备】积极术前准备, 排除手术禁忌症

【可能发生的风险及并发症】

1. 任何手术、麻醉都存在风险, 可能出现麻醉并发症, 严重者可能致休克, 危及生命。
2. 任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度的恶心、皮疹等症到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。
3. 本次手术可能发生的风险:
 - 1) 心、肺、脑血管意外, 脑出血或脑栓塞, 神志不清, 昏迷甚至死亡; 心律失常, 心肌梗死, 心力衰竭, 血压降低, 休克, 甚至死亡; 肺栓塞, 呼吸功能障碍, 呼吸衰竭甚至死亡;
- 大出血, 输血输液反应, 引起休克;
 - 2) 术中发生血管或神经损伤, 如坐骨神经损伤引起肢体麻木、不能活动;
 - 3) 骨水泥中毒或者骨水泥心、肺、脑栓塞可引起生命危险;
 - 4) 术中安放螺丝钉可能引起盆腔内脏器官如膀胱的损伤;
 - 5) 术中发生假体周围骨折如髌臼、股骨骨折, 需要加用其它内固定、结构植骨甚至更换假体;
 - 6) 切口渗液, 延迟愈合, 切口感染; 关节感染, 需要行清理术和/或假体取出、旷置以及二期再置换手术;
 - 7) 术后应激性溃疡, 胃出血; 深静脉血栓, 肺栓塞, 脂肪栓塞可引起心、脑、肺、肾功能衰竭, 严重者危及生命; 术后卧床时间长存在坠积性肺炎、肺部感染、褥疮及泌尿系感染;
 - 8) 术后关节功能不良, 疼痛不缓解; 双下肢不等长; 存在姿势不当或外伤后关节脱位或半脱位, 需要闭合复位或切开复位或翻修手术;
 - 9) 假体周围异位骨化影响关节功能; 假体周围骨折与应力、骨质量、外伤等因素相关, 多数需手术固定或翻修; 假体松动、移位、断裂, 需要将假体取出行翻修手术; 假体周围骨溶解, 排异反应, 必要时需取出假体或行翻修手术;
 - 10) 陶瓷-陶瓷界面术后, 出现陶瓷碎裂关节异响可能; 金属-金属界面, 则可能出现体内金属离子蓄积, 导致肝肾功能损害;
 - 11) 其他目前无法预料的风险和并发症。
4. 患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 以上风险可能会加大, 或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。



浙江省中医院
浙江中医药大学附属第一医院
浙江中医药大学第一临床医学院

关节手术知情同意书

姓名： 性别：女 年龄： 科室：骨伤中心 住院号：

5. 术后如果体位不当或不遵医嘱，可能影响手术效果。

6. 术中可能使用的自费医用耗材 假体材料约4万及其它一次性相关耗材

7. 本例手术特殊告知事项：术中存在重要血管、神经、肌肉损伤，假体周围需钢板内固定，心脑血管意外，下肢静脉栓塞，致死性肺部梗塞及其他意外情况甚至死亡风险可能；术后出现切口及深部组织感染，关节假体感染，关节疼痛、功能受限，隐痛及不适，人工关节松动、塌陷及人工关节的过敏甚至排斥反应，需二次手术取出可能，假体周围骨折、磨损，需行二次翻修等可能，心脑血管意外，血栓，脑梗或脑出血，意识不清、昏迷不醒或死亡等可能

【患者自身存在的高危因素】患者膝关节外翻明显，术中需松解软组织，存在韧带撕裂、关节欠稳定需LCCK假体，功能欠佳，术后力线不良等可能。

【医疗替代方案】保守治疗，但存在症状不缓解或进一步加重可能

经治医生签名：刘迅 手术者签名：王捷 日期：2020年12月11日9时30分

【患方意见】以上事项医生已详细告知，我对医师告知的手术风险表示完全理解，也明白并愿意承担如果拒绝手术而可能发生的一切后果。经慎重考虑，我决定：

1. (请填：“风险已知，选择”)拟行手术方案，并愿意承担手术风险，授权并接受医师在紧急情况下更改并选择最适宜的手术方案与抢救处置。

2. (请填：“风险已知，拒绝”)拟行手术方案，并愿意承担因拒绝手术而发生的一切后果。

患者/法定代理人签名：与患者关系：日期： 年 月 日 时 分

手术知情同意书签字须知

尊敬的患者及家属：

您或您的亲属因病(伤)在我院接受手术治疗，感谢您对我们的信任。任何手术均存在较高的风险，在您决定手术前，由手术医师负责向您解释手术相关事项。希望您逐项仔细阅读，不理解之处务必请在手术、麻醉实施前询问清楚。在您充分理解后，自主决定是否选择手术治疗或按替代方案实施，请在文书上写明意见并签字。

手术医师将严格遵守医疗规范，认真准备，密切观察，仔细操作，及时处理意外情况。一旦出现紧急情况时，手术及麻醉医师将作出相应处理，同时向患者家属通报病情，请患者家属理解并配合医院紧急抢救的实施。感谢您的理解与合作！



浙江省中医院

浙江中医药大学附属第一医院
浙江中医药大学第一临床医学院

关节手术知情同意书

姓名: 性别: 女 年龄: 科室: 骨伤中心 住院号:

术中谈话记录

【术中所见及补充诊断】

【建议治疗方案】

谈话医生签名:

记录日期:

【患方意见】

患者或其法定授权人意见: 医师在手术中, 已向我详细告知了术中发现的情况、及如何处理或不做处理的利弊, 本人确认, 对手术相关情况、可能出现的意外和风险表示理解, 愿意承担相关风险。经慎重考虑, 决定:

- 1) (请填: 选择) 建议治疗方案, 授权并接受医师在紧急情况下的抢救处置。
- 2) (请填: 拒绝) 建议治疗方案, 并愿意承担因拒绝手术而发生的一切后果。

患方签名: 与患者关系: 年 月 日 时 分