

手术知情同意书

姓名 冯德安 性别 男 年龄 84岁 病区 心胸外科区 科别 心胸外科 床号 65 住院号 2021717888

术前诊断：食管裂孔疝

拟行手术名称：右侧开胸探查术

患者因患食管裂孔疝疾病，需行手术治疗。本医师针对患者病情，结合我院现有诊疗技术、水平条件，告知了目前可行的治疗方案，包括保守治疗方案等替代方案，并给出上述推荐方案。已向患方充分阐述了不同方案的优缺点和实施上述推荐方案的必要性。由于病情的关系及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该治疗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。

经治医师签名：江

2021年3月12日11时20分

本人系患者（或受患者委托的代理人），（患者）因患食管裂孔疝疾病，在贵院治疗。我已经理解医师向我说明相关治疗方案的优缺点及不做手术的后果，我自愿选择接受医师所推荐的手术治疗方案进行治疗。医师以上说明及本页背面举例讲解共9条告知内容及替代方案，我已充分理解。我知晓手术都有风险、手术中及术后可能出现并发症和后遗症等，愿意承担上述风险，同时授权委托经治医师根据术中病情判断和患者利益，调整手术方案，并授权委托经治医师对已切除器官、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。

（签署意见）

同意

患者（监护人、代理人）签名：冯德安

患者近亲属签名（注明与患者的关系）：冯

2021年3月12日11时20分