

安徽医科大学第二附属医院
医患沟通记录单(随时)

姓名 王某某 出生日期 1948-05-03 年龄 72 性别 男 病历号 0486520001 科室 肝胆外科 床号 214

1、本次医患沟通的主要目的: 病情变化 ☐ 变更治疗方案 ☐ 其他 ☒ 术前沟通

2、患者病情变化情况: 呼吸促作, 烦躁不安

3、可能出现的并发症和风险: 呼吸、循环

4、诊疗计划: 积极治疗

5、是否有可替代的治疗方案: 无

6、患者需要了解的其它情况: 无

医师陈述:
尊敬的患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人:

我已将患者目前的病情、可能出现的风险和后果, 以及医护人员对于患者病情采取的相关检查和治疗措施向患方详细告知。在患者的诊疗过程中, 患方有任何问题, 可以向医师咨询。

医师签名: 付晓 职称(务) 医师 时间 2011 年 3 月 8 日 13 分

尊敬的患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人意见:

医师已经告知我目前的病情, 并且向我解答了关于目前诊疗的相关问题。我完全理解诊疗的必要性和存在的风险。我 同意 (填写“同意”或“不同意”) 上述诊疗

方案和以下内容:

1. 在治疗中医生可以根据患者的病情变化对预定的治疗方案做出调整。
2. 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。
3. 我已如实向医生告知患者所有病情, 如有隐瞒, 一切后果自负。

患者签名: _____ 签名日期 _____ 年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患方委托人签名: 王某某 与患者的关系: 女儿 签名日期 2011 年 3 月 8 日 13 分

安徽医科大学第二附属医院 患者授权委托书

姓名 王 出生日期 1948-03-01 年龄 73 性别 男 病历号 04565001 科室 肝胆外科 床号 24

尊敬的患者及家属：

在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的疾病、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是为了避免对患者产生不利后果，按照有关规定需取得患者本人书面同意方可进行的医疗活动。患者不具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，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其具备完全民事行为能力人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可有医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

为切实履行患者的知情同意权和实施保护性医疗措施，敬请您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、医疗风险等的被授权人，履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

- 1、了解患者病情；
- 2、对患者实施麻醉、手术以及有创检查、治疗时；
- 3、使用贵重药物、耗材或进行贵重检查时；
- 4、为诊治疾病而超出报销范围使用特定药物或采取特定医疗措施时；
- 5、因病情需要输注血液或血液制品；
- 6、诊断性医疗；
- 7、患者暂时无知情同意能力但因病情危急需要紧急治疗时；

我授权 行使本人在该院医疗期间的知情同意权和选择权，并履行相应的签字手续，被授权人之行为视同本人知悉和同意。（请患者在空白处填写被授权人姓名）

患者签名：

患者无法写字时按手印

手印说明

年 月 日 时 分
年 月 日 时 分

本人接受患者 的授权，同意代理行使该患者在该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。（请被授权人在空白处填写患者姓名）

患方委托人签名：

与患者关系：

电话：
年 月 日 时 分

委托人身份证号码：

以下特殊情况，需法定监护人签字

未成年人（小于18周岁）、无完全民事行为能力能力的成年患者（如昏迷、精神异常等），由其所有法定代理人共同协商制定其中一位代理人代为行使上述权利。

法定监护人签名：

与患者关系：父子

电话：1385602205

法定监护人身份证号码：340221198201022323

201 年 3 月 7 日 15 时 20 分