



有创性诊断、治疗操作（包括内外科）同意书

姓名: [redacted] 性别: 男 年龄: 70岁 科别: 皮肤科(章贡) 床号: [redacted] 住院号: [redacted]

身份证号码: [redacted] 住院日期: 2020年09月12日13时59分

病情摘要: 患者因蚊咬伤后全身红斑、丘疹、水疱伴痒5天余。入院: 慢性起病, 病程长。

初步诊断: 1. 皮疹查因: 丘疹性荨麻疹? 2. 高血压病3级(极高危)

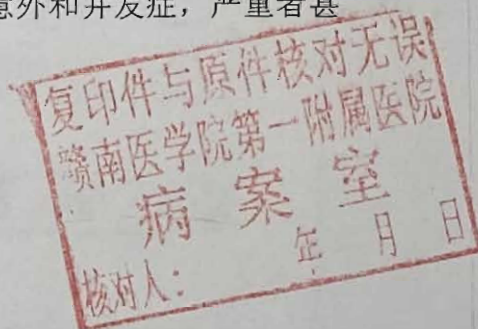
拟行操作名称: 皮肤组织活检术 麻醉方法: 局部浸润麻醉

操作医师: 李龙年 方法: 切口法 麻醉医师: 李龙年

根据您的病情, 您需要进行上述诊、治疗(以下称操作)。该操作是一种有效的诊断、治疗手段, 一般来说是安全的, 但由于该操作具有创作性和风险性, 因此医师不能向您保证操作的效果。

因个体差异及某些不可预料的因素, 操作中和操作后可能会发生意外和并发症, 严重者甚至会导致死亡。现告知如下, 包括但不限于:

- 1、各种感染(细菌、真菌、病毒等);
- 2、麻醉意外;
- 3、不可避免操作部位大出血、邻近组织脏器等连带操作;
- 4、严重心律失常、血胸、气胸、血气胸、心衰和休克等并发症;
- 5、术后心、肝、肾功能障碍, 电解质紊乱和凝血功能障碍等;
- 6、发生其他难以预料的、危及患者生命安全或致残的意外情况。
- 7、其他: 穿刺不成功。



我已详细阅读以上内容, 对医师、护士的告知表示 同意, 经慎重考虑, 我决定 同意 进行此项诊疗。

我明白该项诊疗技术操作中, 在不可预见的情况下, 可能需要其他附加操作或变更方案, 我 同意 医师在遇有紧急情况时, 为保障我的生命安全实施必要的救治措施, 并保证承担全部所需费用。

我知道在操作开始之前, 我可以随时签署《拒绝治疗同意书》, 以取消《有创性诊断、治疗性操作(包括内外科)同意书》的决定。

患者/法定监护人/委托代理人/签名:

(需附有效证件复印件、授权文件)

日期: 2020 年 09 月 13 日 15 时 24 分

主治医师或获得授权的医务人员签名:

日期: 2020 年 09 月 13 日 15 时 24 分

科主任(上级医师)签名:

日期: 2020 年 09 月 13 日 15 时 24 分

见证人:

本人见证了患方自愿签署本文书。

见证人签名、联系方式和有效证件号码

日期: 年 月 日 时 分



赣南医学院第一附属医院

First Affiliated Hospital of Gannan Medical University



医疗授权委托书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 70岁 科别: 皮肤科(章贡) 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

本人于2020年09月12日因蚁咬伤后全身红斑、丘疹、水疱伴痒5天余。住院。本人在住院期间, 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, 本人郑重委托由 以下委托人 作为我的代理人, 代为行使住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。

委托人签署同意书后所产生的后果, 由患者本人承担。

患者签名: [REDACTED]

2020年09月12日17时

受托人基本信息:

受托人姓名:

有

与

受托人二签名

有

与患者关系: ☐配偶, ☐子女, ☐父母, ☒其他近亲属, ☐同事, ☐朋友, ☐其他

年 月 日 时

受托人三签名: 性别 年龄 联系电话:

有效证件号码: 住址:

与患者关系: ☐配偶, ☐子女, ☐父母, ☐其他近亲属, ☐同事, ☐朋友, ☐其他

