

浙江大学医学院附属邵逸夫医院

住院病人须知

欢迎您来邵逸夫医院就诊，我们将为您提供一个整洁、安静、安全、舒适的环境，请您和您的亲友们一起与我们合作，共同做好以下工作：

一、住院注意事项：

1. 医院为您提供住宿的一般生活用品（被服、餐具、热水瓶等），洗漱用品请自行购买。
2. 住院期间勿将重要文件、珠宝、现金等贵重物品带入病房，随身物品及手机请妥善保管或交家人朋友保管，若有遗失，医院不承担相关责任。
3. 根据您的病情安排房间及床位，您的床头装有呼叫器，当您需帮助时，可按呼叫器请求帮助。
4. 住院期间请穿上住院服，不要擅自离院和外出，如擅自离院和外出后而引发一切不良后果应自负。如病情允许，您可在医院内散步，但离开病区时应获得护士的许可。
5. 您的饮食应由医生依病情而定，家属带来的食品需经医生/护士同意后方可食用。
6. 医院不允许自行邀请外院医生诊治和用药，如需要，您可与主管医生商量。
7. 护士站、医生办公室、治疗室等是医务人员的工作场所，未经许可不得进入，更不得翻阅和涂改病历等档案资料。
8. 住院时必须交纳预交款，该款的使用情况，我们随时与您联系，费用不足时请您及时补交，以免影响您的治疗进程。
9. 我院为无烟医院，除室外吸烟区外院内所有区域均不能吸烟（室外吸烟区：庆春院区位于在一号楼和二号楼之间、邵逸夫铜像背面；下沙院区位于医疗综合楼东侧公园的小亭子。）

二、享有的权利和履行的义务：

1. 有权知晓主管您的医生、护士等工作人员。
2. 在医治过程中，享有隐私权。
3. 有权了解病情进展和医治方案，参与医疗过程以及拒绝或终止治疗。在您和家人担忧病情时，可以向护士求助，必要时护士会通知主管医生给予帮助。
4. 如果您的诊断符合我院临床路径诊治病种，您的诊治流程将按照临床路径治疗规范进行。
5. 您如有意见和建议，可向所在科室医护人员或医务科反映。
6. 有义务配合医院做好教学工作。医务人员可以将废弃标本用于临床研究，即使研究结果会被发表，也不会泄露您的身份。

三、探视陪客制度：

1. 探视时间为14:00—20:00，每次探视人数不多于2人，探视期间请勿坐在床上及长期逗留病房，如医生、护士在查房及治疗时，请自觉到门外等候；7岁以下儿童谢绝进入病房探视。
2. 是否需要陪客，由医生/护士根据您的病情决定，每位病人只允许1人陪伴。
3. 探视者及陪客不得在病房内就餐、洗澡和洗衣服等。

四、保持病房整洁与爱护医院公共设施：

1. 请勿在走廊上成群逗留，高声喧哗。
2. 请勿随地吐痰，请将垃圾废物投入卫生间内的垃圾箱内。请勿在院内饮酒吸烟、使用电器等。
3. 切勿随意动用病房公用设施，如有损害，酌情赔偿。
4. 您的物品放入相应的柜子内，尿壶、便盆妥善放置。
5. 为了您的安全，请勿强行开窗，有特殊情况请与护士长联系。
6. 请勿接受医院之外药品及治疗品的推销。
7. 为保证您和他人的休息，请于21:00前熄灯就寝并关闭电视或收录机等。

五、出院事宜：

1. 您的出院时间由主管医生告之，如您需要复印病历，带身份证可到病案室复印。
2. 离院前，请到出入院处结帐，并到病区药房/护理单元取出院带药。

六、请不要向医院职工赠送钱物。

以上住院须知已阅，愿意遵守，违者将作出院处理。谢谢合作！

患者签名：

日期：2020-12-12 16:32:23

或负责单位/家属签名：

日期：

护士签名：

签字时间：

2020-12-12 16:29:9

浙江大学医学院附属邵逸夫医院

患者知情选择书

患者知情选择书

尊敬的患者及家属：根据国务院《医疗事故处理条例》第十一条的规定：“在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是，应当避免对患者产生不利后果”；卫生部《病历书写基本规范（试行）》第十条规定：“对按照有关规定需取得患者书面同意方可进行的医疗活动（如特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗等），应当由患者本人签署同意书；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，应当由其近亲属签字；没有近亲属的，由其关系人签字。”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、医疗风险等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

本人因病入住浙江大学医学院附属邵逸夫医院接受诊治。根据上述规定，经慎重考虑，我选择：

☒ 我自己

☒ 授权他人（必须同时填写授权书）作为本人在住院诊疗期间的所有医疗行为（包括病情、医疗措施、医疗风险等）的被告知者，并签署各项医疗活动知情同意书。

☐ 监护人 ☐ 新生儿 ☐ 未成年人 ☐ 昏迷 ☐ 精神病 ☐ 醉酒状态

☐ 其他：

患者签名：

签字日期：2020-12-12 18:36:38

患者授权书

经慎重考虑，我在此授权 许晨璞 作为我在院诊疗期间的病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者，全权处理本人在诊疗过程中的一切事务，并在需患者签名以示知情、同意的医疗文书上签字，代理本人行使知情同意权和选择权。一经授权人签字，本授权书即生效；被授权人之行为视同本人知悉与同意，经代理人签名同意后所实施的诊疗行为，若产生不良后果将由本人承担。

患者签名：

签字日期：2020-12-12 18:36:53

以上内容由患者本人填写

本人（指被授权人，如患者家属、法定代理人等）接受患者 许勤 的委托，同意作为该授权人在本次住院医疗期间所有医疗行为（包括病情、医疗措施、医疗风险等）的被告知者，接受授权签署各项医疗活动同意书。

被授权人签名：

身份证号码：33050119841218064X

与患者关系：父女

被授权人签名：

身份证号码：

与患者关系：

被授权人签名：

身份证号码：

与患者关系：

浙江大学医学院附属邵逸夫医院

生物样本采集知情同意书

尊敬的病友：

知情同意书是为征求您的同意，浙江大学医学院附属邵逸夫医院生物样本库（以下简称：样本库）为了开展医学教学和研究，将采集并保存来源于您的生物样本：包括在我院就诊期间或以后（包括门诊、住院、急诊、体检、随访等）的病程和健康相关信息（以下简称“信息”）和常规诊疗过程中产生的样本（例如手术切除物、活检组织和细胞、粪便、血液、尿液、胸水、痰液等）（以下简称“样本”）。

请您务必仔细阅读以下内容，以便于您做决定。该决定完全是您自主的选择。当浙江大学医学院附属邵逸夫医院的代表（您的主管医生或者医院指定的人员）和您本人讨论知情同意书的时候，您可以让他/她给您解释您不明白的地方。

一、样本库的基本情况

为了规范医学研究并促进生物医学技术进步，样本库是由浙江大学医学院附属邵逸夫医院建立以标准化和系统化采集、保藏、利用、对外提供人类生物样本的机构。样本库目的是为生物医学教学和研究提供标准化的疾病研究材料，推动疾病诊断、治疗的进步，提高人民健康水平，惠及包括您在内的所有人群。

样本库将在相关行政部门监督和指引下，遵守现行法律法规和相关政策，遵循公认的伦理准则，符合人类遗传资源规定，尊重生物医学研究的惯例和习惯，规范化进行生物样本的采集、保藏、利用、对外提供、捐献者保护等工作。

浙江大学医学院附属邵逸夫医院伦理委员会将严格根据相关法规对样本库的工作履行伦理审查程序，以保障您的权益并监督生物样本库的工作符合相关法律和伦理规范。

二、样本采集的方法和途径

样本库的样本主要来源您的无临床价值的体液和组织标本。具体而言，就是常规诊疗过程中，医院会利用您废弃的体液（例如血液、尿液等）和/或手术切除的组织标本进行必要的医学检查与病理诊断，待检测后可能会剩余部分标本，如果您同意提供，医院将不进行销毁，而是由样本库保存，并进一步制备成标准化的疾病研究材料，用于未来的医学科学研究；对于您的体液部分，则会在必要的医学检查时适当留取和保存适量样本。上述样本的采集不会给您健康造成损害和影响。如需您参与临床试验，我们将有另外的知情同意书。

样本库将一并保存您在我院就诊期间或以后病程与健康相关信息，以便进行科学研究。

为使捐献者尽可能免受损害，生物样本采集方案将由伦理委员会履行严格的审查程序来保障您的权益。

三、生物样本采集的意义

生物样本的采集和保存无需您支付任何费用。您提供生物样本是自愿的、无偿的，也不会因此产生诊疗费用的减免。生物样本科学研究工作主要是推动科学和技术的进步，您和其他样本提供者的贡献将会推动医学技术进步，可能获得更有效的疾病诊断、治疗方法，这将惠及您以及相似疾病的其他患者。研究可能产生与研究成果有关的法律权利仅归研究者个人或者其单位所有。

由于目前还不知道您的信息或样本将会用于何种研究，因此也无法预知研究所得的结果是否对您或您的家属或族群的健康带来积极的治疗意义。若在研究中发现有关您的重大健康问题，样本库将根据和遵循国家的有关伦理规范以及程序要求，以适当的方式与您沟通交流。

四、个人隐私的保护

医学研究主要对疾病进行研究，不涉及您的个人隐私和可识别信息。样本库会严格保护每一位捐献者的隐私和个人信息，并采取以下保护方式：

(1)建立保密措施和样本提供者信息安全制度（个人信息保护制度），对所有采集的样本采取匿名化管理（编码管理和/或删除全部身份识别信息）；

(2)安全贮存样本和数据，对在库所有样本和/或数据设置访问权限；

(3)当样本或制备的研究材料提供（以科研为目的的样本转移）给其他研究者或机构时，任何研究机构或个人都不会获得您的个人身份和隐私；

(4)研究所得数据可能公开发表或公布，但不会公布您的姓名或可辨识身份的个人资料。

五、自主决定权

您有权拒绝签署本知情同意书，拒绝签署本知情同意书不会影响您的任何权益，您不会因此受到歧视和差别对待，也不会影响您的正常诊疗待遇。

您可随时无条件退出，即要求撤销捐赠，样本库不再采集和利用、保存来源于您的生物样本。您可以随时联系当时向您告知信息的工作人员或浙江大学医学院附属邵逸夫医院样本库工作人员（电话：0571-86006362）届时需要您签署一份退出声明，根据您的退出要求，样本库将对保存在库来源于您的可辨识的生物样本进行销毁、不再继续采集和/或利用。样本库将在一段时间内保留销毁记录以备查询。

六、其他

知情同意声明

1. 我已经阅读并理解了本知情同意书的全部内容。
2. 我有机会提出疑问而且所有问题均已得到解答。
3. 我理解参加本活动完全是自愿的并有随时无条件退出的权利，我的任何医疗待遇与权益不会因此受到影响。
4. 我知道签署知情同意书并不意味着可以免去任何费用和应尽责的事项。
5. 我清楚签署知情同意书后如有疑问还可以咨询浙江大学医学院附属邵逸夫医院伦理委员会的工作人员。

我自愿将我的生物样本提供给浙江大学医学院附属邵逸夫医院生物样本库，我同意所提供的样本及相关信息用于所有医学研究，为早日攻克疾病和病患医治作贡献。

样本提供者签名：

日期：2020-12-12 18:36:3

如果样本提供者是无民事行为能力人/限制民事行为能力人时，需法定代理人签名和签署日期：

签名：

日期：

☒患者本人 ☐患者家属 ☐父母 ☐监护人 ☐委托代理人

浙江大学医学院附属邵逸夫医院告知信息者声明：

我已经准确地向样本提供者解释了知情同意书的全部内容，回答了其所提出的所有问题。

告知信息者签名： 签字时间：2020-12-12 18:21:13

浙江大学医学院附属邵逸夫医院 手术材料使用告知书

1 这是一份有关手术材料使用情况的告知书。目的是告诉您有关术中需要使用的手术材料情况。请您仔细阅读，决定是否同意使用医生建议的手术材料。

2 根据浙江省物价局“浙江省卫生厅关于规范和调整医疗服务价格的通知”（浙价费[2005]140号）以及《浙江省医疗服务价格（暂行）》总说明的要求，特此告知您在本次住院期间根据病情治疗需要，医生有可能给您使用价格大于200元的手术材料。

您以下的签名表示：

- ①您已阅读并理解、同意前面所述的内容；
- ②您授权并同意医生在手术或操作中使用上述手术材料。

患者签字：

日期：2020-12-12 18:38:11

☒患者本人 ☐患者家属 ☐父母 ☐监护人 ☐委托代理人

医生签字： 签字时间：2020-12-12 18:23:28

浙江大学医学院附属邵逸夫医院

手术知情同意书

1 您的主诊医生是:	您的经管医生是:
2 这是一份有关手术/操作的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读,提出与本次手术操作有关的任何疑问,决定是否同意进行手术或操作。	
3 由于已知或未知的原因,任何手术或操作都有可能:不能达到预期结果;出现并发症、损伤甚至死亡。因此,医生不能对手术/操作的结果作出任何的保证。您有权知道手术/操作的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。除出现危急生命的紧急情况外,在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前,医生不能对您施行手术/操作。在手术/操作前的任何时间,您都有权接受或拒绝本手术/操作。	
4 目前诊断:	
拟施行的手术/操作名称:	
5 医生会用通俗易懂的语言给您解释:	
5.1 手术/操作的性质、目的、预期的效果:	
5.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:	
a 手术中可能出现的意外和危险性:	
☒ 麻醉意外	
☒ 难以控制的大出血	
☒ 药物过敏	
☒ 导致死亡或无法挽回的脑死亡	
☒ 术中心跳呼吸骤停	
5.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:	
a 手术中可能出现的意外和危险性:	
☒ 麻醉意外	
☒ 难以控制的大出血	
☒ 药物过敏	
☒ 导致死亡或无法挽回的脑死亡	
☒ 术中心跳呼吸骤停	
☒ 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案	
☒ 不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤,将导致患者残疾或带来功能障碍	
☒ 其它:	
出血、输血、肿瘤破裂、肿瘤播散种植、消化道改道重建、切除部分结肠、小肠乃至十二指肠可能;损伤腹腔重要脏器、血管可能;围手术期心脑血管并发症、深静脉血栓形成、肺栓塞以及其他不可预料的情况等	
b 手术后可能出现的意外及并发症:	
☒ 术后出血	
☒ 局部或全身感染	
☒ 切口裂开	
☒ 脏器功能衰竭(如弥漫性血管内凝血)	
☒ 水电解质平衡紊乱	
☒ 术后气道阻塞	
☒ 呼吸、心跳骤停	
☒ 诱发原有疾病恶化	
☒ 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符	
☒ 再次手术	
☒ 其它:	
术后出血、感染、切口愈合不良、复发转移、引流管长期留置、吻合口漏、肠梗阻、二次手术止血、肠粘连松解、清创缝合可能,肠穿孔,肠坏死,根据术后病理进一步综合治疗,围手术期心脑血管并发症、深静脉血栓形成、肺栓塞以及其他不可预料的情况等	

5.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于术中及术后可能出现的各种并发症,我们将根据现代医疗规范,采取下列防范措施来最大

限度地保护病人安全,使治疗过程顺利完成。具体措施为:

1) 术前: ①术前: 认真评估病人, 选择合适的手术方案。②完善各项必须的术前检查, 如出凝血时间、肝肾功能、术前免疫全套、心电图、胸片等。③根据基础疾病进行针对性治疗。

2) 术中: ①严密监测生命体征变化, 保持生命体征平稳, 备齐各种急救设备, 随时处理术中出

现的各种情况; ②仔细操作, 动作轻柔、准确。③严密止血。

3) 术后: 严密监测生命体征及手术部位变化, 并针对性使用抗炎、止血药物等对症治疗。

4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。

5) 其它:

无

5.4 可供选择的其它治疗方法及您的选择: 继续观察随访、新辅助靶向治疗

您选择: 剖腹探查+腹腔巨大肿瘤切除+消化道重建术准备

6 如需植入内置物, 您同意选择的(如骨科内固定、起搏器等)类型及厂家:

无

7 您的主刀医生是: 王林波, 助手: 周济春、金利丹

手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士, 必要时邀请病理及放射医生。

8 拟定的手术/操作将根据您的授权和同意进行, 术中如有紧急或事先没有预料的情况发生, 医生将及时与家属取得联系, 根据出现的情况, 医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。

9 如果您的医生认为在手术/操作期间您需要输血或血液制品, 他/她将会告诉您有关输血或血制品的风险、利弊, 这包括由于输血或血液制品而传染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此, 您有权同意或拒

绝接受输注血液或血制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。

10 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置。

11 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩, 也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。

12 为了确保您对上述内容的准确理解, 在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前, 医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问, 希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示:

- ① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容;
- ② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;
- ③ 您已经得到了有关手术的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

根据国务院701号条例: 医疗(手术)意外险为可能发生的严重医疗意外提供保险保障, 本人自愿投保。

患者签字:

日期: 2020-12-12 18:38:40

☒患者本人 ☐患者家属 ☐父母 ☐监护人 ☐委托代理人

医生签字:

签字时间: 2020-12-12 18:34:31

浙江大学医学院附属邵逸夫医院 新冠肺炎疫情期间手术/操作/侵入性检查知情同意书

1 您的主治医生是： 您的经管医生是：

2 这是一份新冠肺炎疫情期间有关手术/操作/侵入性检查的告知书。目的是告诉您新冠肺炎疫情期间有关手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读，若有任何疑问，请您及时告知您的主管医生，并经充分沟通后，您再决定是否同意进行手术/操作/侵入性检查。

3 情况介绍

基于目前新冠肺炎疫情形势，医院作为抗击疫情的最前线，人员密集、流动性大等因素是新冠肺炎病毒感染的相对高危区域。如您有下列相关危险因素之一：①发病前两周内国内疫情中高风险地区或境外旅行史、居住史；或发病前14天内曾经接触来自国内疫情中高风险地区或境外发热伴有呼吸道症状的患者；或居住地有聚集性发病。②发热；③近期有乏力、干咳或腹泻，呼吸困难等症状；④有新冠肺炎确诊或疑似患者接触史。

如病情许可，我们建议暂不宜行相关手术/操作/侵入性检查，可待疫情结束后另行预约。如病情确实需要限期手术/操作/侵入性检查等治疗，在确认排除上述相关危险因素后，根据相关部门要求，我们安排您在手术/操作/侵入性检查前行血常规及胸部CT检查等相关检查，以排除无症状新冠病毒感染，请予以配合。

4 由于医学客观的局限性，因已知或未知的原因，任何手术/操作/侵入性检查都有可能：不能达到预期结果；出现并发症、损伤甚至死亡。因此，医生不能对手术/操作/侵入性检查的结果作出任何的保证。您有权知道手术/操作/侵入性检查的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。除出现危及生命的紧急情况外，医生在没有和您进行手术知情告知并获得您的书面同意前，不会对您施行手术/操作/侵入性检查。在手术/操作/侵入性操作前的任何时间，您都有权接受或拒绝本手术/操作/侵入性检查。

4 目前诊断： 小肠恶性肿瘤

拟施行的手术/操作/侵入性检查名称： 剖腹探查+腹腔巨大肿物切除+消化道重建术准备

5 医生会用通俗易懂的语言给您解释：

5.1 手术/操作/侵入性检查的性质、目的、预期的效果：

剖腹探查，切除肿物，根治疾病

5.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险：

5.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险：

a 手术中可能出现的意外和危险性：

麻醉意外； 难以控制的大出血；
药物过敏； 导致死亡或无法挽回的脑死亡；
术中心跳呼吸骤停；

情况变化导致手术进程中中断或更改手术方案；

不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤，将导致患者残疾或带来功能障碍；

其它： 出血、输血、肿瘤破裂、肿瘤播散种植、消化道改道重建、切除部分结肠、小肠乃至十二指肠可能；损伤腹腔重要脏器、血管可能；围手术期心肺脑血管并发症、深静脉血栓形成、肺栓塞以及其他不可预料的情况等

b 手术后可能出现的意外及并发症：

术后出血； 局部或全身

感染；

切口裂开； 脏器功能衰

竭（如弥漫性血管内凝血）；

水电解质平衡紊乱； 术后气道阻塞；

呼吸、心跳骤停； 诱发原有疾病恶

化；

术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符； 再次手术；

其它： 术后出血、感染、切口愈合不良、复发转移、引流管长期留置、吻合口漏、肠梗阻、二次手术止血、肠粘连松解、清创缝合可能，肠穿孔，肠坏死，根据术后病理进一步综合治疗，围手术期心肺脑血管并发症、深静脉血栓形成、肺栓塞以及其他不可预料的情况等

5.3 针对上述情况将采取的防范措施：

基于术中及术后可能出现的各种并发症，我们将根据现代医疗规范，采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全，使治疗过程顺利完成：

1) 术前：①认真评估病人，选择合适的手术方案。②完善各项必须的术前检查，如出凝血时间、肝肾功能、术前免疫全套、心电图、胸片等。③根据基础疾病进行针对性治疗。

2) 术中：①严密监测生命体征变化，保持生命体征平稳，备齐各种急救设备，随时处理术中出现的各种情况；②仔细操作，动作轻柔、准确。③严密止血。④严格遵守无菌操作规范

3) 术后：严密监测生命体征及手术部位变化，并根据情况针对性使用抗炎、止血药物等对症治疗。

4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。

5) 其它

5.4 可供选择的其它治疗方案: 继续观察随访、新辅助靶向治疗

您选择: 剖腹探查+腹腔巨大肿物切除+消化道重建术准备

6 如需植入内置物, 您同意选择的(如骨科内固定、起搏器等)类型及厂家:

遵医嘱

7 您的主刀医生是: , 助手:

手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士, 必要时邀请病理、放射医生及其它医务人员参加。

8 拟定的手术/操作/侵入性检查将根据本知情书决定的方式进行, 术中如有紧急或事先没有预料的情况发生, 医生将及时与您或患者委托授权人取得联系, 根据出现的情况, 医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作/侵入性检查。

9 如果您的医生认为在手术/操作/侵入性检查期间您需要输血或血液制品, 他/她将会告诉您有关输血或血制品的风险、利弊。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。

10 病理医生将对在手术/操作/侵入性检查中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置。术中可能需要病理医生对部分组织进行冰冻切片诊断, 冰冻切片质量远较常规石蜡切片为差, 其诊断正确率最高仅达95%左右, 存在误诊及微小病灶漏诊的可能; 部分病例在常规石蜡报告出来后可能要进行第二次手术。对此, 患者及其家属应予以充分理解。

您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩, 也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。

11 新冠肺炎疫情期间行 剖腹探查+腹腔巨大肿物切除+消化道重建术准备 额外风险告知

医院虽已尽可能采取措施预防和排查, 您仍不能完全排除新冠肺炎可能; 由于疫情复杂性及医院特殊环境, 新冠肺炎感染仍有一定概率发生, 医务人员已告知相关风险。我理解由于情况的特殊性 & 医疗技术的局限性, 不排除行 剖腹探查+腹腔巨大肿物切除+消化道重建术准备 期间发生新冠肺炎感染, 并承诺已如实告知医务人员相关情况并愿意承担相关法律风险, 排除全部新冠肺炎感染危险因素, 本人及家属愿承担一切相关后果。

12 为了确保您对上述内容的准确理解, 在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前, 医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问, 希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示:

我已理解, 同意手术/操作/侵入性检查, 并愿意承担风险。(请签名人复写)

12 为了确保您对上述内容的准确理解, 在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前, 医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问, 希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示:

我已理解, 同意手术/操作/侵入性检查, 并愿意承担风险。(请签名人复写)

同意手术

患者签字:

日期: 2020-12-12 18:39:40

☒ 患者本人 ☐ 患者家属 ☐ 父母 ☐ 监护人 ☐ 委托代理人

医生签名: 签字时间: 2020-12-12 18:36:23

浙江大学医学院附属邵逸夫医院

输血/成份血知情同意书

1、这是一份有关输血的告知书，目的是告诉您有关输血治疗的相关事宜。请您仔细阅读，如有任何疑问请及时咨询您的医生，并作出是否输血的决定。

2、目前诊断：小肠穿孔

3、输血史：☐有 ☒无

如为女病人请填写：孕：次；存活：胎

4、血制品种类和输注目的：

☒ 红细胞悬液等红细胞制品

目的：增强运氧能力

☐ 新鲜冰冻血浆类制品

目的：扩充血容量、补充凝血因子和血浆蛋白

白

☐ 机采血小板等血小板制品

目的：止血

☐ 冷沉淀

目的：补充特殊凝血因子

☐ 机器单采浓缩白细胞悬液

目的：提高机体抗感染能力

☐ 全血

目的：进行性巨量失血、急性失血伴低血容量抢救

性失血伴低血容量抢救

☐ 其他：

5、输血前化验结果：

☐ 标本已送，报告未出

谷丙转氨酶 15 U/L；乙肝表面抗原 -；

乙肝表面抗体 -；

乙肝e抗原 -；乙肝e抗体 -；

乙肝核心抗体 -；

丙肝抗体 -；艾滋病抗体 -；梅毒

6、输血治疗包括输全血、成分血或血制品，是临床治疗、抢救危急患者生命时行之有效的手段。您虽然有拒绝接受输血的权利，但是这可能导致威胁生命的后果。如果您需要输血可有多种选择

方

法，但有些选择受到时间和健康状况的限制。具体分为：

血

6.1 自体输血：自体输血并不适用于所有病人，您是否适合自体输血可以向医生咨询，自体输

必须另行签订自体输血同意书。

多

6.2 异体输血：指输注献血者的全血或血液制品。如果您不准备采用自体输血或估计需要输较

量的血液时，您可选择接受供血者血液制品。

7、由于已知原因，输血存在一定的风险，可能发生输血反应及感染经血液传播的疾病。虽然我院使用的血液均已按卫生部有关规定进行检测，但由于当前科技水平的限制，输血仍有某些不能预测

或不能防止的输血反应和输血传染病。输血时可能发生的主要情况如下：

7.1 过敏反应

7.5 感染疟疾

7.2 发热反应

7.6 感染巨细胞病毒或EB

病毒

7.3 感染肝炎（乙肝、丙肝）

7.7 输血引起的其它疾病

7.4 感染艾滋病、梅毒

8、您以下的签名表示：

①您已阅读并理解、同意前面所述的内容；

②您已经得到了有关输血风险利弊及其它可供选择的信息，同意接受输血治疗；

③您的医生对您提出的有关输血治疗的问题已经向您作了充分的解释；

9、☒ ①您授权并同意多次输注全血或血制品治疗，签名为本人或被授权人。



(请写同意)

☐ ②您授权每次输注全血或血制品治疗以前必须单独告知。

☐ ③您不同意输血治疗方案，一切后果自行负责。

☐ ④不能取得患者或者其近亲属意见的紧急输血授权签名。

9、☒ ①您授权并同意多次输注全血或血制品治疗，签名为本人或被授权人。



(请写同意)

- ☐ ②您授权每次输注全血或血制品治疗以前必须单独告知。
☐ ③您不同意输血治疗方案，一切后果自行负责。
☐ ④不能取得患者或者其近亲家属意见的紧急输血授权签名。

患方签名：

日期：2020-12-12 19:5:47

☐ 患者本人 ☒ 患者家属 ☐ 父母 ☐ 监护人 ☐ 委托代理人

医生签名： 签字时间：2020-12-12 19:0:40

浙江大学医学院附属邵逸夫医院 麻醉科医用材料及自费药物知情同意书

尊敬的在邵逸夫医院接受治疗的先生 / 女士：

根据浙江省物价局“浙江省卫生厅关于规范和调整医疗服务价格的通知”（浙价费[2005]140号）以及《浙江省医疗服务价格（暂行）》总说明的要求。

☒ 特告知：在手术过程中，麻醉科医师根据病情有可能需要用到以下较贵重（200元以上）的医疗器械：

漂浮导管套件；漂浮导管鞘；多腔胃管；各类深静脉穿刺导管；各类动脉传感器；镇痛装置；各类麻醉深度检测传感器；自血回输装置；各类特殊气管插管等。

☒ 在手术过程中，麻醉科医师根据病情需要，有可能会选择下列自费药：

甲氧明，复方利多卡因乳胶，新斯的明，舒更葡萄糖钠针（布瑞亭）1380元，地佐辛，白蛋白，纳美芬，戊乙奎醚针，帕洛诺司琼针（吉欧亭）等。

您以下的签名表示：

- （1）您已阅读并理解、同意前面所述的内容；
- （2）您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释；
- （3）您已经得到了有关材料的所有信息；
- （4）您委托并同意使用以上材料及药物。

患者签字：

日期：2020-12-12 20:34:58

☐ 患者本人 ☒ 患者家属 ☐ 父母 ☐ 监护人 ☐ 委托代理人

医生签字： 签字时间：2020-12-12 20:29:4

浙江大学医学院附属邵逸夫医院

麻醉知情同意书

患者性别: ☐ 年龄: ☐
术前诊断:
拟行手术方式:

根据手术治疗和诊断检查的需要, 患者需要进行麻醉, 麻醉和麻醉操作一般是安全的, 虽然在麻醉前已经采取力所能及的预防措施, 但由于个体差异也有可能发生麻醉意外和并发症, 现告知如下, 包括但不限于:

- 1 麻醉过程中可能进行以下某一项或多项操作, 包括气管插管、椎管内穿刺、神经阻滞、深静脉穿刺置管术、动脉穿刺置管术、喉罩插入、气管切开术、气管支气管插管、食管超声波检查、有创血液动力学检测等。这些操作均可能引起组织出血、神经损伤、创伤、感染、坏死等。
- 2 根据麻醉操作常规、按照《中华人民共和国药典》要求, 使用各种、各类麻醉药后, 病人出现中毒、过敏、高敏、神经毒性等反应, 导致休克、严重脏器功能损害、呼吸心跳停止, 甚至生命危险。
- 3 麻醉时, 特别是急症饱腹病人发生胃内容物反流、误吸、喉痉挛、呼吸道梗阻、神经反射性休克和心率失常等而导致重要脏器功能损害, 危及生命。
- 4 气管插管可引起牙齿脱落、口唇、舌、咽喉、声带、气管和支气管损伤, 喉痉挛、气管痉挛、支气管痉挛及功能损害, 甚至环状关节脱位。气管插管困难气到不能维持时, 可能需要进行紧急气管切开术, 缺氧时可危及生命。
- 5 椎管内麻醉及区域麻醉发生神经、血管、脊髓等组织结构损伤, 可能出现脊髓麻醉、截瘫、椎管内感染、血肿、腰痛、头痛、肢体伤残、甚至呼吸心跳停止等危及生命。
- 6 患者本身合并其他疾病或有重要脏器功能损害者, 相关并发症和麻醉危险性显著增加。
- 7 授权麻醉医师在病人病情治疗必要时使用自费麻醉和抢救药品及物质。
- 8 麻醉方法的选择和改变由实施麻醉的医师根据病情和手术的需要决定。
- 9 可能发生术中知晓、术后回忆和术后认知功能的障碍。
- 10 其他发生率极低或难以预料的意外和并发症, 以及其他不可预料的不良后果。
- 11 麻醉手术中输血液可能发生热源反应、过敏反应、血源性传染病等。
- 12 为了节约患者的输血费用; 避免同种抗体所致的溶血、发热、过敏及异体输血配型失误造成不幸事故或因异体输血后肿瘤复发率增高的风险; 减少术后感染, 避免输血相关性感染, 如肝炎病毒、艾滋病病毒和其他血源性病原体, 麻醉医生根据具体手术情况, 选择自身输血治疗, 已告知患者或家属相关的益处和可能存在的不良反应或并发症:

☐ 适用: (☐ 同意: 回收式自身输血/急性等容血液稀释 (ANH) ☐ 不同意)

☒ 不适用

- 13 急症手术麻醉危险性明显高于择期手术患者, 手术室外麻醉操作危险性明显高于手术室内麻醉的患者。
- 14 术后镇痛的并发症: 呼吸循环抑制、镇痛不全等。
- 15 麻醉方式的选择因人而异, 麻醉医生将在手术前为您做病情分级和重要脏器功能估计, 然后根据您的全身情况、手术部位、手术范围和手术时间长短等决定麻醉方式。

拟实施的麻醉方案:

16 ☒ 告知患者或家属, 主管麻醉医生可能根据患者健康、手术情况及患者意愿, 在手术前临时更改麻醉方式, 以达到患者利益最大化的目的。

17 要求术后镇痛: ☒ 是 ☐ 否

术后镇痛方案的选择:

我院麻醉科医师将切实做好麻醉前准备, 按麻醉操作常规认真做好麻醉及防范措施, 以良好的医德医术为患者施行麻醉, 力争将麻醉风险降低到最低限度。

特别提醒: 我完全知道浙江大学医学院附属邵逸夫医院是一所医疗、教学和科研相结合的学术医疗中心, 患者麻醉过程中可能有实习医师、进修医师、住院医师、护士或见习医师, 以及一些与医学相关的训练人员参与其中。我还知道用于患者诊断和治疗的组织、血液或其它标本可能由医院或医院的科研人员在以后用于教学和研究。

我已详细阅读以上内容, 对麻醉医师详细告知的可能发生的并发症及各种风险表示完全理解, 经慎重考虑, 我同意实施麻醉, 自行承担由此引起的风险。我明白在实施麻醉期间, 在不可预见, 可能需要变更麻醉方案或附加其他操作, 我授权麻醉医师在遇有紧急情况是, 为保障患者生命安全实施必要的救治措施, 并保证承担全部所需费用。我知道在麻醉开始之前, 我可以随时签署《拒绝医疗同意书》, 以取消本同意书的决定。

谈话麻醉医生: 地点:

本麻醉提请患者及家属注意的其它事项:

无

本麻醉提请患者及家属注意的其它事项:

无

根据国务院701号条例: 医疗(手术)意外险为可能发生的严重医疗意外提供保险保障, 本人自愿投保。

患者签字:

日期: 2020-12-12 20:34:42

☐ 患者本人 ☒ 患者家属 ☐ 父母 ☐ 监护人 ☐ 委托代理人

医生签字:

签字时间: 2020-12-12 20:32:30

术后首次病程录

患者姓名: 许勤 性别: 男 年龄: 62岁 病历号: 2070330 手术日期: 2020-12-13

术前诊断: 腹腔巨大肿物: 间质瘤?

不全肠梗阻

小肠穿孔

肿物内小肠内瘘伴感染?

结直肠多发息肉: 管状腺瘤?

术中诊断: 腹腔巨大肿物: 间质瘤? 后腹膜肿瘤?

不全肠梗阻

小肠穿孔

肿物内小肠内瘘伴感染?

结直肠多发息肉: 管状腺瘤?

手术名称和方式: 剖腹探查+后腹膜巨大肿块切除+肠粘连松解+小肠部分切除+肠管吻合+腹腔引流

麻醉方式: 静吸复合全麻

手术简要经过(术中所见):

腹腔可及中等量腹水, 呈淡黄色, 稍浑浊, 抽取少量腹水送培养+药敏, 肝脏无殊, 左中上腹可及巨大肿块, 大小约15*14*10cm, 边界不清, 固定, 整体质地硬, 局部可及囊性感, 表面有脓性渗出, 侵犯周围肠管(回肠末端及屈氏韧带下方约45cm处空肠被肿瘤包绕), 与屈氏韧带, 空肠起始部部分侵犯。近端小肠扩张明显, 肿瘤与部分小肠及横结肠降结肠系膜炎性粘连, 可及局部脓液渗出。肿瘤后方基底位于后腹膜, 与左侧腰大肌, 左侧输尿管及生殖血管关系欠清, 与十二指肠水平部关系不清, 肠系膜可及多发淋巴结肿大。

病人出手术室时一般情况, 包括生命体征:

生命体征平稳, SaO₂ 99%, Bp 115/75 mmHg, HR 85 bpm, R20 次/分。

术后处理措施:

术后予头孢哌酮舒巴坦针 1.0gX1/1g 静脉滴注 8小时一次:[国产]甲硝唑针 0.5g:100mlX1/0.5g 静脉滴注 8小时一次:经验性抗感染, 已送腹水培养。同时补液, 止痛, 雾化, 护胃等, 明日开始予以TPN支持。术后需注意生命体征及腹部体征变化, 关注腹腔引流管, 根据药敏结果调整抗生素使用。

术后注意事项(围手术期并发症):

术后可能出现的风险及并发症告知患者, 主要包括, 术后出血, 再次手术, 术后感染, 切口裂开, 切口愈合延迟, 吻合口漏, 需再次手术, 吻合口狭窄, 肠粘连, 肠梗阻等, 胃瘫, 切缘阳性可能, 并将根据最终病理结果定下一步综合治疗方案, 肿瘤术后复发转移可能。以上情况已向患者及家属言明, 表示知情理解并签字。

医生签名:

记录日期: 2020-12-13 02:45

术后予头孢哌酮舒巴坦针 1.0gX1/1g 静脉滴注 8小时一次:[国产]甲硝唑针 0.5g:100mlX1/0.5g 静脉滴注 8小时一次:经验性抗感染,已送腹水培养。同时补液,止痛,雾化,护胃等,明日开始予以TPN支持。术后需注意生命体征及腹部体征变化,关注腹腔引流管,根据药敏结果调整抗生素使用。

术后注意事项(围手术期并发症):

术后可能出现的风险及并发症告知患者,主要包括,术后出血,再次手术,术后感染,切口裂开,切口愈合延迟,吻合口漏,需再次手术,吻合口狭窄,肠粘连,肠梗阻等,胃瘫,切缘阳性可能,并将根据最终病理结果定下一步综合治疗方案,肿瘤术后复发转移可能。以上情况已向患者及家属言明,表示知情理解并签字。

医生签名:

记录日期: 2020-12-13 02:45

主刀医生签名:

记录日期: 2020-12-13 02:48

上级医生审核:

审核日期及时间: 2020-12-14 08:41

患者/家属签名:

患者/家属签字时间:2020/12/13 9:25:19

浙江大学医学院附属邵逸夫医院 接受碘对比剂使用知情同意书

由于诊断疾病需要,CT增强检查需要使用碘对比剂。使用前需办理“接受碘对比剂使用知情同意书”签字手续,请患者和家属予以理解和协助。

☐ 碘对比剂安全性很高,一般不会发生不良反应。但是,在非常罕见的情况下,患者使用碘对比剂过程中或以后会发生一些不良反应,包括:

- 咳嗽、喷嚏、胸闷、结膜充血、恶心、全身发热;
- 荨麻疹、皮肤瘙痒;
- 气急、呕吐、大汗淋漓、腹泻;
- 喉头水肿、心动过速、抽搐、意识不清、休克。

目前的医疗手段尚不能预测上述不良反应的发生,但是我们有各种相应的处理预案和经验,保证发生不良反应时能及时处置和治疗。

☐ 由于使用高压注射器打药,检查过程中可能出现局部静脉破裂、碘对比剂漏出,造成肢体肿胀、疼痛、麻木感、肤色变暗等。出现上述情况后不必惊慌,我们会及时处理,一般三天内肿胀消退,不留后遗症。

如对上述内容不理解,可进一步向放射科医生或护士咨询。

我声明已详细阅读并理解以上告知内容,经慎重考虑,同意接受此项检查。

患者签字:

日期: 2020-12-16 16:16:13

浙江大学医学院附属邵逸夫医院

医保患者自费药物知情同意书

病历号: [REDACTED] 姓名: [REDACTED] 床位: [REDACTED] 类型: [REDACTED]
性别: [REDACTED] 诊断: [REDACTED] 日期: [REDACTED]

科室: [REDACTED] 地址: [REDACTED] 电话: [REDACTED]

C:	药品名	用法	药量	单位	单价	合计
	聚维酮碘溶液 5%100mlX1	外用	2.0000	瓶	6.06	12.12

+

患者签字: [REDACTED] 日期: 2020-12-30 9:32:33

医师: [REDACTED] 签字时间: 2020-12-30 9:26:39 科室电话: [REDACTED]

备注: 1、药品价格以结算时实际价格为准。

2、合计金额为单天的金额,如为长期医嘱使用,以累积实际价为准。

3、您同意在本次住院期间,反复多次或长期使用该自费药物,无论该药物剂量和/或使用方

用方

法是否更改,均无需再次签署自费药物知情同意书。