

昆明医科大学第一附属医院

支气管镜检查治疗（有创操作）说明同意书

患者姓名：_____ 性别：男 出生年月：1959年8月 住院号：_____
科 别：_____ 床号：_____ 过敏史：无
术前检查：胸片 CT片 心电图 血常规 凝血四项

术前诊断：咯血查因
手术名称：支气管镜检查 治疗 肺泡灌洗 活组织检查、刷检
手术目的：协助诊断
手术适应症：不明原因咯血
手术部位：鼻腔 会厌 声带 声门 气管 双肺各叶、段支气管
术者和助手：术者：_____ 第一助手：_____ 第二助手：_____ 其他助手：_____

医院告知：支气管镜检查或治疗时可能发生的并发症及意外如下：

- (1). 麻醉意外危及生命；
- (2). 术中喉头水肿、气管痉挛危及生命；
- (3). 术中低氧血症、呼吸心跳骤停、出血及气胸危及生命；
- (4). 术后感染加重或结核播散；
- (5). 其他无法预测或预防的意外情况；
- (6). 术中喷药或推药过程中出现药物过敏反应危及生命；
- (7). 如病情需要需行活检，术中可能出现大出血，甚至死亡。

患方陈述：本人已经认真阅读了以上内容 and 备注中所声明的事项，知悉术前检查、诊断以及为我（患者）实施手术医师的姓名。在_____医师以通俗的语言详细解释了该手术的风险和可能出现的并发症、副损伤及其它不良后果后，本人已经完全了解手术的目的、术前准备、术前及术后注意事项以及本手术同意书全部内容的含义。经慎重考虑，决定完全接受该手术治疗，并承担相应风险和后果。

本人郑重授权：手术医师在为我（患者）实施手术的过程中，如出现手术同意书未预先告知且无法预料的特殊情况，为了抢救我（患者）的生命或者为了我（患者）的根本利益，手术医师可以根据具体情况和抢救治疗原则，实施相应的医疗措施。

三级医师签字：_____ 二级医师签字：_____ 一级医师签字：_____
患者本人签字：_____ 患者亲属（限近亲属）/ 监护人签字：_____
患者授权的其他代理人签字：_____ 与患者的关系：_____

签字时间：2023年2月5日 签字地点：昆明医科大学第一附属医院

注：①患者为完全民事行为能力人时，由患者本人签字；患者处于昏迷或者麻醉状态时，由患者授权的人或其近亲属签字；患者为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，或者应患者近亲属要求，对患者实施保护性医疗措施时，由其监护人或者近亲属签字。②患者的近亲属是指其配偶、父母、祖父母和外祖父母、成年子女和兄弟姐妹。③根据《民法通则》第129条之规定，紧急抢救情况下因抢救患者生命的需要，如患者身边无近亲属（监护人），可由护送患者就诊的单位领导、同事、朋友等相关人员签字，由之产生的不良后果由患者或患者的监护人承担责任。④鉴于医院工作的局限，患者近亲属或其他委托代理人与患者关系的真实性由签字人自行负责。