

姓名 [REDACTED] 性别 男 科别 滨江心血管内科病区 床号 8A08 病案号 [REDACTED]

授权知情同意书

2018-08-B

尊敬的患者及家属：

依照《中华人民共和国侵权责任法》（中华人民共和国主席令 第二十一号）第五十五条规定“医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其书面同意”。卫生部《病历书写基本规范》第十条规定“对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。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，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。”为切实保障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、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

浙江大学医学院附属第二医院

上述告知书内容本人已充分了解，经慎重考虑，我确定：

由本人作为病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

☒ 授权 [REDACTED] 作为病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并全权代表本人签署各项医疗活动同意书，被授权人的签字视同本人的签字。

患者签名： [REDACTED] 签名时间：20 年 月 日 时 分

本人接受患者 [REDACTED] 的授权，同意代理行使该患者在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。

被授权人签名 [REDACTED] 身份证号码： [REDACTED] 与患者关系： [REDACTED]
联系电话： [REDACTED] 签名时间：2018年11月5日18时10分

现确认增加以下被授权人，至签字时间起，被授权人可独立代理行使本人本次治疗期间的权利。

患者签名： [REDACTED] 签名时间：20 年 月 日 时 分
被授权人签名： [REDACTED] 身份证号码： [REDACTED] 与患者关系： [REDACTED]
联系电话： [REDACTED] 签名时间：20 年 月 日 时 分

患者签名： [REDACTED] 签名时间：20 年 月 日 时 分
被授权人签名： [REDACTED] 身份证号码： [REDACTED] 与患者关系： [REDACTED]
联系电话： [REDACTED] 签名时间：20 年 月 日 时 分

未成年人（小于18周岁）、无完全民事行为能力的成年患者（如昏迷、精神异常等），由其法定代理人代为行使上述权利。

代理人签名： [REDACTED] 身份证号码： [REDACTED] 与患者关系： [REDACTED]
联系电话： [REDACTED] 签名时间：20 年 月 日 时 分

（本授权书保留在病历中）

姓名 [REDACTED] 性别 男 科别 滨江心血管内科病区 床号 8A08 病案号 [REDACTED]

特殊用药知情同意书

2018-07-A

Informed Consent for Special medication

(自备药物)

这是一份关于 自备药物使用 的知情同意书，医生会用通俗易懂的方式告知该诊疗相关事宜。

1 目前诊断：进行性肌营养不良症；心功能不全

2 自备药物使用前评估：

1) 医院原则上建议患者不使用自备药物；

2) 本次因患 心功能不全，患者强烈要求并经医师或药师检查药品外观，核对药品品名、规格、剂型、效期、批号、批准文号等信息，认可使用自备药。

3 自备药物名称、用法、用量：

诺欣妥 1/4片 Bid 口服

4 使用自备药物的风险：

1) 药物治疗是一门科学，还有许多未被认识的领域。药物具有两重性，它一方面可用于防病治病，另一方面也可危害机体，引起生理、生化机能的紊乱和结构变化等不良反应。另外，患者的个体差异很大，疾病的变化也各不相同，相同的药物有可能出现不同的结果。因此，任何药物治疗都具有较高的风险，也可能出现：不能达到预期结果；出现并发症、损伤甚至死亡等。常见的风险包括：过敏反应、消化系统、血液系统、心血管系统、泌尿系统、神经系统、呼吸系统、内分泌系统等各种不良反应，还可能出现其他不可预测的情况。

2) 自备药使用前已经医师或药师检查，任何其他不能通过检查外观发现的药品质量由患者本人保证。

3) 其他：_____

谈话医师签名：_____

签名时间：2018年11月8日16时00分

我的医师已经告知我将要进行治疗方式必要性、步骤、成功率、治疗及治疗后可能发生的风险和并发症、不实施该医疗措施的风险，操作中或操作后可能发生疼痛，及产生疼痛后的治疗措施，我经慎重考虑，已充分理解本知情同意书的各项内容，愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症，并选择本治疗(而非替代方案中的治疗方案)。

患者签名：_____

签名时间：20 年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的代理人在此签名。

代理人签名：_____

与患者的关系：父子

签名时间：2018年11月8日16时30分