

登记号: [REDACTED]

患者类型: 自费

歙县人民医院

有创诊断、治疗操作(包括内、外科)同意书

姓名: [REDACTED] 性别: [REDACTED] 年龄: [REDACTED] 科别: 呼吸与危重症医学科 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED] 登记号: [REDACTED]

身份证号: [REDACTED]

病情摘要: 咳嗽咳痰胸闷3天

初步诊断: 慢性阻塞性肺病伴有急性加重自发性气胸(左侧)

拟行操作名称: 胸腔闭式引流

操作医师: 张苗苗

麻醉方法: 局部麻醉

麻醉医师: 张苗苗

根据您的病情, 您需要进行上述诊断、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伤性和风险性, 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、邻近组织脏器连带损伤;
- 4、严重心律失常等并发症;
- 5、术后功能障碍;
- 6、发生其他难以预料的、危机患者生命安全或致残的意外情况。
- 7、其他:

我已仔细阅读以上内容, 对医师、护士的告知表示完全理解, 经慎重考虑, 我决定 进行此项诊疗操作。

我明白在该诊疗技术操作中, 在不可预见的情况下, 可能需要其他附加操作或变更方案, 我授权医师在遇到有紧急情况时, 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。

我知晓在操作开始前, 我可以随时签署《拒绝医疗同意书》, 以取消本医疗操作知情同意书的决定。

患者/法定监护人/委托代理人签名: [REDACTED]

需附有效证件复印件、授权文件)

日期: 2023年07月08日

主治医师或获得授权的医务人员签名: [REDACTED]

日期: 2023年07月08日

科主任(上级医师)签名: [REDACTED]

日期: 2023年07月08日

见证人:

本人见证了患方资源签署本文书

见证人的签名、联系方式或有效证件号码:

日期: 2023年3月26日