



大连医科大学附属第一医院

THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF DALIAN MEDICAL UNIVERSITY

患者知情同意及委托授权书

姓名: [REDACTED]

病房: 急诊科

住院号: [REDACTED]

尊敬的患者:

您好! 欢迎您到我院就医, 本院会尽力为您提供最优质的医疗服务, 祝您能够早日恢复健康。同时, 为了充分尊重您的知情同意权, 特告知如下:

1. 您应向医务人员详尽如实地提供您的健康情况, 既往患过疾病及诊治经过、药物过敏史及近期是否到传染病疫区等; 入院时应当使用真实姓名; 入院后不准离院或外出, 若违反上述规定将由您承担由此引发的不良后果。

2. 为更全面了解患者的健康情况, 患者入院后将进行必要的常规检查(血、尿、便常规、生化等), 以除外其他系统疾病。根据病情需要, 还需进一步的检查。

3. 根据《传染病防治法》相关规定, 并更好地维护您和其他患者的健康, 每位住院患者需进行肝炎病毒、艾滋病、梅毒等传染病筛查。

4. 根据法律规定, 在医疗活动中如需手术、麻醉、特殊检查、特殊治疗、输血、重危抢救和其它诊疗事宜, 应当由您或您的代理人签署各项医疗活动同意书, 这些文书一经双方签署, 就具有相应法律效力。请您慎重考虑并在此委托您的代理人 [REDACTED] 作为您在医院医疗期间的病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者, 全权处理您在诊疗过程中及与诊疗相关的一切事宜。

5. 您在发生医疗纠纷后应保持理智、冷静, 按照法律规定程序处理, 绝不能扰乱正常诊疗秩序。出院后若需复印客观病志, 请携带患者身份证及出院小结到病案室办理。

6. 医学为特殊自然科学, 由于当前医疗及科技水平限制, 无法对某些疾病的诊疗及特殊并发症做出准确预测, 有时虽有医、护、患各方面的努力, 仍难以完全避免某些并发症的发生或诊疗效果欠佳。患、医双方财力、物力及精神之付出可能与期望值差距较大。以上请患者及家属予以理解。

患者意见：经医师告知，我已经了解上述情况并表示理解。

患者本人签名

[Redacted Signature]

主治医师签名

[Redacted Signature]

代理人签名

[Redacted Signature]

代理人与患者的关系

[Redacted Relationship]

20 年 月 日

20 年 月 日



大连医科大学附属第一医院

THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF DALIAN MEDICAL UNIVERSITY

手术同意书

姓名	██████	性别	女	年龄	56岁	住院号	██████	科别	神经内三科
术前诊断	1. 硬膜下血肿 2. 症状性癫痫[继发性癫痫] 3. 颅内感染可能性大 4. 双肺炎 5. 贫血 6. 心力衰竭 7. 高血压病3级(很高危) 8. 2型糖尿病 9. 肾功能不全								
手术指征	意识障碍								
拟施手术名称	开颅血肿清除术								
拟施麻醉方式	全麻								
替代医疗方案 (必填)	无								
拟施手术日期	██████-██████-██████		术前准备		完善中				

术中、术后可能出现的风	1. 麻药过敏，麻醉意外，手术时间长皮肤压伤。
险	2. 术中、术后心肺脑血管意外猝死。
	3. 术中大出血休克死亡。
	4. 术后肿瘤残留复发，继发颅内血肿、脑积水、脑血管痉挛、脑梗塞，二次手术预后差。
	5. 术后症状不缓解，甚至加重，继发偏瘫、失语、精神行为改变、尿便失禁、癫痫，头痛、头晕、恶心呕吐不缓解，面瘫失明、视力视野障碍等颅神经功能障碍，高热、长期昏迷、植物生存。
	6. 术中诊断与术前不符，临时改变术式或终止手术，预后差。
	7. 术后切口感染，皮下积液，脑脊液漏，颅内感染，迁延不愈致死致残。
	8. 术后呼吸困难，气管切开，转ICU病房。

和
并
发
症

9. 术后肺内感染, 尿路感染, 离子紊乱, 多脏器功能衰竭致死致残。
10. 术中使用自费修补材料。
11. 其他不可预料的意外。

交代医师		代理人 意见	上述事项医师已向我告知清楚, 并详细解释了有关替代医疗方案, 我经慎重考虑选择并同意接受该项手术治疗, 签名为证。		
上级医师		患者签字		日期	2021年10月19日
交代日期	2021-10-19	代理人签字		日期	2021年10月19日
代理人 与患者关系		代签字原因			



大连医科大学附属第一医院

THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF DALIAN MEDICAL UNIVERSITY

姓名：

病房：急诊科

住院号：

2021-10-19 19:40

患者，女，56岁，鉴于患者目前病情，有复查头CT的指征，向家属详细交代病情及复查头CT的必要性，家属在全面正确了解病情的情况下拒绝行头CT检查。告知家属拒绝复查头CT可能延误患者诊治，导致患者病情进一步加重甚至死亡。家属表示知情，愿意承担由此导致的一切风险及后果，签字为证：

交待医师：李玉玲