



浙江省中医院
浙江中医药大学附属第一医院
浙江中医药大学第一临床医学院

授权书

姓名: [] 性别: [] 年龄: [] 科室: 消化内科 住院号: []

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”。国家卫计委《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。

上述告知内容本人已充分了解,经慎重考虑,我确定:

1. ☒ 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。

2. ☒ 授权 [] 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签字。

患者签名: [] 2021年7月13日 15时00分

被授权人声明:本人接受患者 [] 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: [] 与患者关系: [] 联系电话: []
身份证号码: [] 签字时间: 2021年7月13日

现确认增加以下被授权人,至签字时间起,被授权人均可独立代理行使本人本次住院期间的权利。

患者签名: [] 年 月 日 时 分

(1) 被授权人签名: [] 与患者关系: [] 联系电话: []
身份证号码: [] 签字时间: []

(2) 被授权人签名: [] 与患者关系: [] 联系电话: []
身份证号码: [] 签字时间: []

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

代理人签名: [] 与患者关系: [] 联系电话: []
身份证号码: [] 签字时间: []

(本授权书保留在住院病历中)



浙江省中医院
浙江中医药大学附属第一医院
浙江中医药大学第一临床医学院

消化道检查/治疗知情同意书

姓名：方莲生 性别：女 年龄：63岁 科室：消化内科 住院号：01196051

【初步诊断】1. 食管肿物

【手术操作（检查）项目】

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 胃镜 | ☐ 肠镜 | ☐ ERCP | ☐ EPT及取石术 | ☐ PTC+支架引流术 |
| ☐ 消化道息肉摘除术 | ☐ 消化道异物取出术 | ☐ 贲门失弛缓症扩张术 | | |
| ☐ 食管曲张静脉套扎术 | ☐ 硬化剂或组织胶注射术 | ☐ 黏膜大块活检 | | |
| ☐ 消化道狭窄扩张术 | ☐ 消化道狭窄支架置入术 | ☐ 胰液收集术 | | |
| ☐ 超声引导下药物注射 | ☐ 胆胰管细胞毛刷术 | ☐ 胆胰管引流术 | | |
| ☐ 超声引导下穿刺或引流术 | ☒ 其他：胃ESD | | | |

【麻醉方式】 ☐局部麻醉 ☐咽部麻醉 ☒静脉麻醉

【可能出现的意外及并发症包括但不限于】

- 1、麻醉药物反应、过敏、麻醉意外；
- 2、心、脑血管意外可能；
- 3、消化道、胆道、胰腺、肝脏等出血、穿孔、感染可能；
- 4、术中损伤神经、血管及邻近脏器；
- 5、高淀粉酶血症及胰腺炎，甚至重症胰腺炎；
- 6、喉痉挛、呕吐、发生窒息可能，继发肺部感染；
- 7、下颌关节脱位；
- 8、支架脱落、移位、阻塞等；
- 9、手术无法继续进行或手术失败；术中、术后某些情况需要外科手术治疗；
- 10、所取活检组织没有取到病理组织，有误诊、漏诊可能；
- 11、取石不尽或取石失败；
- 12、其他无法预料的情况。

【医疗替代方案】

保守治疗

【医生承诺】任何诊疗都有一定的风险，有些医疗意外和并发症是医务人员和现代医学知识难以预见、难以完全避免和防范的。作为您的医生我将严格遵守医疗操作规范，尽最大努力做好手术（操作），减少并发症。请您理解并配合诊疗。

医师签名：[Signature] 日期：2021年07月14日17时0分

【患者意见】上述情况医生已讲明，我对由于疾病本身或现有医疗技术所限而可能出现的医疗风险表示充



浙江省中医院

浙江中医药大学附属第一医院

浙江中医药大学第一临床医学院

消化道检查/治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: [REDACTED] 年龄: [REDACTED] 科室: 消化内科 住院号: [REDACTED]

分理解, 经慎重考虑, 决定: 选择 (请填“选择”或“拒绝”) 此项手术, 并以签字为证。

患方签名: [REDACTED] 与患者关系: [REDACTED]

2021年7月4日