



浙江省人民医院
JIANGSU PROVINCIAL PEOPLE'S HOSPITAL
苏州医学院附属人民医院
PEOPLE'S HOSPITAL OF SUZHOU MEDICAL COLLEGE



姓名：王桂霞 科室：手外科和修病区：1-8病区 床号：44 住号：院91045948
复重建外科

授权知情同意书

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”。国家卫健委《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。”依照《电子病历应用管理规范（试行）》，我院的医疗文书采用电子病历系统，医务人员的身份标识以工号+密码的电子签名方式体现，患方采用手写签字板签名+指纹的电子签名方式体现。根据《中华人民共和国电子签名法》相关规定，医患双方约定，本院所有医疗文书中，医护人员和患者的身份识别均采用电子签名。

患者及家属应尊重医务人员，爱护公共设施，服从管理和安排，积极配合诊疗活动，做好有效沟通和协调，不向医务人员送“红包”及贵重礼品，共创廉洁和谐的医疗环境。

为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。

上述告知书内容本人已充分了解，经慎重考虑，我确定通过以下方式选择：

- ☒ 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。
- ☐ 以授权作为病情、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的签字。
- ☐ 患者本人不具备完全民事行为能力，由法定监护人直接履行知情同意和选择权。

患者(法定监护人)签名：

丁程 2021年7月21日 16:45

经管医生：杨晓东 签名时间：2021-07-20 16:45