



一、疾病诊断与手术建议:

1. 术前诊断:

1. 感染性心内膜炎 (严重感染性心内膜炎) 2. 二尖瓣脱垂伴关闭不全 (二尖瓣脱垂伴重度关闭不全) 3. 菌血症 (金黄色葡萄球菌) 4. 脑脓肿 (?) 5. 脾脓肿 6. 泌尿系感染 (?) 7. 便血 8. 低蛋白血症 9. 便秘 10. 先天性鱼鳞病 (?) 11. 心力衰竭 (?) 12. 失眠

2. 拟行特殊手术名称: 皮肤活检术

3. 手术指征: 先天性鱼鳞病?

二、医生陈述:

我已告知患者(及/或患者法定代理人、近亲属、关系人)有关疾病诊断、即将进行的手术方案与方式、此次手术过程及术后可能发生的并发症与风险(另详列于背页,包括但不限于)、费用以及可能存在的其它治疗方法等信息;并且解答患者关于此次手术的相关问题,如下:

1. 患者特殊风险和主要高危因素: ☐ 无 ☒ 有
2. 其它: ☒ 无 ☐ 有

医师签名: 钱洁

日期: 2022年02月25日 13时30分

三、患者(及/或患者法定代理人、近亲属、关系人)知情选择:

在听取医师的解释并仔细阅读背页说明与询问有关事项后,已理解本疾病诊断、即将进行的手术方案与方式、手术过程及术后可能的并发症与风险、费用以及可能存在的其它治疗方法等信息;签字同意贵院实施本手术及下列事项。

1. 配合医护人员完成手术,遵守术后的医嘱与承担全部费用。
2. 手术过程中及术后出现可能的反应和并发症时,由医生实施手术治疗或必要的救治措施。
3. 手术需多位医生共同进行;过程中医师可根据病情,对预定的手术方案与方式做出调整(含麻醉方式与输血的调整等)。
4. 对送病理标本或临床检验标本患者,病理科可根据实际诊断需要,例如常规HE切片难以诊断时,加做免疫组织化学、特殊染色等检查,协助病理诊断和鉴别诊断;检验科可依据检验结果增加药敏检查等。
5. ☐ 同意 ☐ 不同意 授权医师对获得的病变器官、组织或标本进行处置或科研,对相关病历信息进行科学研究,包括病理学检查、细胞学检查及血液、体液检验数据等。备注:(1)依医疗废物管理条例,病理废弃物,一律由医疗机构销毁处理(2)研究将保证对身份信息及隐私进行保密。
6. 受医学科技发展与个人体质差异等不确定因素影响下,手术操作或效果并非百分百成功。于上述情事发生时依法律规定程序处理相关事宜,不扰乱本院诊疗秩序、不侵害他人至本院就医之权益、不危(损)害本院员工人身安全与相关财物。

患者签名:

签名时间 2022 年 2 月 25 日
14 时 00 分

关系人签名:

关系: 患者之

电话:

关系人身份证件类型: ☐ 身份证 ☐ 军官证 ☐ 护照

关系人身份证件号码:

签名时间: 年 月 日 时 分