

安庆市立医院

安徽医科大学附属安庆医院

手术知情同意书

姓名

性别:

年龄:

床号:

住院号:

科别:肿瘤外科(南院区)

13. 术中, 术后并发心. 脑. 肺意外, 重则危及生命。

14. 其他不可预知的意外。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 以上这些风险可能会加大, 或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。

5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素:

我理解根据我个人的病情, 我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择:

● 我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

● 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

● 我理解我的操作需要多位医生共同进行。

● 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

● 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名

签名日期

患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名

与患者关系

签名日期

年

月

日

医生陈述:

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题

医生签名:

签名日期

