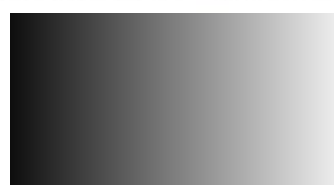


颅内肿瘤切除术知情同意书

患者姓名  性别 女 年龄 3岁6月
病历号  科室 神经外科 出生日期 2018年02月09日

一、疾病诊断与手术建议：

1. 术前诊断：

1. 右颞顶

2. 拟行特殊手术名称： 颅内肿瘤切除术

3. 手术指征： 脑疝

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：

患者特殊风险和主要高危因素： ☒ 无 ☐ 有

其它： ☒ 无 ☐ 有

医师签名：  日期： 2021年08月29日 14时40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。
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 _____ 年 _____ 月 _____ 日
_____ 时 _____ 分

关系人签名 
关系：患者 
电话： 
关系人身份证件类型： ☒ 身份证 ☐ 出生证 ☐ 护照
关系人身份证件号码： 
签名时间： 2021 年 8 月 29 日 15 时 30 分



去骨瓣减压手术知情同意书

患者姓名
病历号

性别
年龄

出生日期

一、疾病诊断与手术建议:

1. 术前诊断:

2. 拟行手术名称: (需要 ☐ 麻醉 (麻醉方式另由麻醉科医师评估) ☐ 输血)
去骨瓣减压手术

3. 手术指征:

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

2. 其它:

医师签名

2021年9月1日11时50分

三、患者(及/或关系人)知情选择:

在听取医生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。
5. ☐ 同意 ☐ 不同意 授权医师对切除(摘取)的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查等。(备注: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)。
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:

关系人签名

关系: 患者

关系人身份证件类型: ☒ 身份证 ☐ 军官证 ☐ 护照 ☐ 医保卡

关系人身份证号码:

签名时间 2021年9月1日11时50分