

授权委托书

姓名

性别:女 年龄:73岁 科室名称:消化内科病房 床位号:

住院号:

委托人(患者本人)

性别:女 年龄:73岁

身份证号码:

住址:

代理人:

联系电话:

身份证号码:

住址:

与患者关系:

本人于2021年8月2日因病住院。本人在住院期间,有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书,本人郑重委托由 作为我的代理人,代为行使住院期间的知情同意权利,并履行相应的签字手续,全权代表本人签字,代理人的签字视同本人的签字。

代理人签署同意书后所产生的一切后果,由患者本人承担。

患者签名:

日期:2021年8月2日10时30分

代理人签名:

日期:2021年8月2日15时50分

医生签名:

章松平

日期:2021年8月2日10时30分

有创性治疗知情同意书(上消化道)

姓名: 科室名称: 消化内科病房 床位号: 住院号:

患者姓名: 性别: 女 年龄: 73岁

入院诊断: 胃原位癌

拟行操作: 经内镜下[() 食管、() 胃、() 十二指肠][() 赘生物、() 息肉、() 腺瘤、() 间质瘤、() 平滑肌瘤][() 摘除、() ESD、() EMR]

创伤性检查与治疗是一种侵入人体的检查、治疗方法。在检查、治疗过程中可能对人体带来一定的损伤, 发生以下问题:

1. 技术操作困难或患者不合作, 不能达到预期的操作目的;
2. 咽喉部损伤、咽喉炎、咽痉挛、皮下气肿、梨状窝穿孔;
3. 贲门粘膜撕裂、消化道大出血;
4. 上消化道损伤、穿孔, 需外科手术治疗;
5. 手术部位出血、出血量较大, 需外科手术治疗;
6. 术后疼痛、出血、术后感染等;
7. 由于疾病原因或病变数量过多等情况, 部分患者无法一次切除而需分次切除;
8. 病变切除后经病理检查发现病灶切缘阳性、癌变等情况, 需追加切除或手术治疗;
9. 病变切除后复发;
10. 心、脑、肺等意外;
11. 麻醉意外;
12. 其他难以预知的意外。

如果您对病情和相关风险不理解, 可以向医生咨询; 如果您已经理解病情和相关风险, 请亲自抄写以下划线部分内容:

本人对病情已充分了解, 对治疗方案内容及风险也已充分理解, 强烈要求采取胃ESD术治疗。

【患方选择意见】

本人对病情已充分了解, 对治疗方案内容及风险也已充分理解, 强烈要求采取胃ESD术治疗。

患者(代理人)签名:

经治医师签名: 章拔翠

操作医师签名:

2021年8月2日

2021年8月2日

姓名

科室名称：消化外科病房

床位号：

住院号：

姓名： 性别：女，年龄：73岁。

【谈话记录】

- 1.患者疾病诊断：1、胃原位癌，2、肺部感染，3、高血压3级很高危
- 2.手术适应症：胃镜病理确诊为胃原位癌，因浸润深度，ESD无法切除
- 3.拟定手术：腹腔镜探查，胃癌根治术（远端胃大部切除术）或仅行腹腔镜探查
- 4.拟定麻醉方式：全麻
- 5.手术风险及并发症：
 - (1) 麻醉意外，详见麻醉同意书；
 - (2) 患者年龄大，一般情况差，术中术后严重失血、感染，发生心功能衰竭、呼吸衰竭、肝功能衰竭、应激性溃疡、脑血管意外、肺栓塞等，危及生命；
 - (3) 术中如发现肿瘤广泛转移，行姑息性手术、胃空肠吻合可能，已无法完全切除，仅行腹腔镜探查；
 - (4) 术后吻合口漏、梗阻、出血等，危及生命，需再次手术可能；
 - (5) 术后发生胃瘫、倾倒综合征、低血糖综合征、碱性反流性胃炎、贫血、营养不良、残胃癌；
 - (6) 术后肠粘连、肠梗阻，切口疝、切口感染、愈合不良等；
 - (7) 术后肿瘤复发，可能需再次手术；
 - (8) 其他不可预测意外情况。
- 6.替代医疗方案：保守治疗肿瘤进一步发展扩散转移。

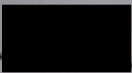
如果您对病情和相关风险不理解，可以向医生咨询；如果您已经理解病情和相关风险，请亲自抄写以下划线部分内容：

本人对病情已充分了解，对治疗方案内容及风险也已充分理解，强烈要求采取腹腔镜探查，胃癌根治术治疗。

【患方选择意见】 本人对病情已充分了解，对治疗方案内容及风险也已充分理解，强烈要求采取腹腔镜探查，胃癌根治术治疗。

手术知情同意书

姓名



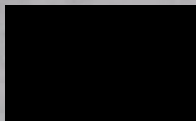
科室名称: 消化外科病房 床位号:



住院号:



患者(代理人)签名:



同 意 书

签名时间: 2021年 9月 2日 时 分

经治医师签名:

[Signature]

手术医师签名:

[Signature]

签名时间: 2021年 9月 2日 时 分

上海市浦东新区中心医院
手术知情同意书

患者告知书

姓名: [REDACTED]

科室名称: 消化内科病房 床位号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

2021-08-02 10:13

为保障您住院治疗期间享有充分的知情同意权,医务人员将向您告知您的病情、主要医疗措施、医疗风险等情况,解答您对疾病的咨询。未经您本人充分知情和签名同意,医务人员将不得进行手术等重大医疗行为。但是由于各人心理承受能力不同,以及疾病发展具有不可预测性,为有利于治疗,请您现授权委托一位您充分信任的代理人,代为行使您的知情同意权。我院将根据您签名出具的授权委托书,视代理人的行为为您本人真实的意思表示。如您为未满18周岁或没有民事行为能力和限制民事行为能力的,您的法定监护人为您的法定代理人,代为行使知情同意权。

为了让医生给您制定最佳的治疗方案,请您务必客观、真实地向医生提供您的病情资料和相关情况。

特此告知

附空白授权委托书一份

上海市松江区中心医院消化内科

谈话人: [REDACTED]

日期: 2021年8月2日

上述告知书内容本人已充分了解,本人决定选择以下方式(不选择处划掉):

- ☒ 1. 向贵院出具授权委托书指定代理人。
- ☒ 2. 向贵院出具户籍等相关证明,明确法定代理人。
- ☒ 3. 本人决定不委托代理人,如本人疾病出现危急情况或不可预知情况,授权经治医师决定治疗方案,如有医疗风险和不良后果,由本人自行负责。

住院号: 22119906

患者签名: [REDACTED]

日期: 2021年8月2日