

苏州大学附属第二医院
患者住院诊疗授权委托书

姓名	性别	年龄	床号	住院号
委托人(患者):		有效身份证件号码		
证件类型: <input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 其他				
受委托人姓名: 孙小燕		性别	年龄	联系电话: /
有效身份证件号码:				
证件类型: <input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 其他				
与患者关系: 配偶 <input checked="" type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他近亲属 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他				
委托人声明:				
本人于 2017 年 11 月 26 日因病住院, 本人在住院期间, 全权委托 孙小燕 作为本人的代理人, 代表本人对医方提供的一切诊疗服务, 行使知情同意和诊疗方案选择等权利, 并代表本人签署相关的医学文书, 受委托人的签字视同本人的签字。				
本人在完全自愿的基础上对受权委托人做出以上授权, 受委托人从事委托活动所产生的后果, 完全由本人承担。				
委托人(患者)签名或手印:		日期: 2017 年 12 月 3 日		
受委托人签名:		日期: 2017 年 12 月 03 日		
注: 委托人是指具有完全民事行为的患者、不具有完全民事行为能力患者的监护人。本授权委托书需与有关同意书同时保存于病历中; 有效身份证明复印件粘贴于本委托书反面。				

姓名	性别	民族
女	汉	
出生		
住址		
公民身份号码		

姓名	性别	民族
女	汉	
出生		
住址		
公民身份号码		

苏州大学附属第二医院 手术同意书

姓名 床号 科别 病区: 住院号:

患者因病于 2017-11-26。入住我院东九病区。。根据患方所述的病情、存在的症状及有关检查,术前拟诊 1.胆总管占位 2.胆囊结石伴急性胆囊炎 3.胆总管扩张 4.高血压病。因病情需要,经治医师建议于 2017-12-11,拟行 胰十二指肠切除术 手术以达到满意的治疗目的。手术是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄因素,绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。由于已知和无法预见的原因,本次手术可能会发生失败、并发症、损伤邻近器官等某些难以防范和处理的意外情况。即使医务人员已经认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下,手术仍有可能发生如下医疗风险:

- 1 麻醉过程中,可能发生呼吸、心脏骤停等意外危险。
- 2 手术过程中,因病变浸润、炎症、解剖异常等因素,可能发生术中难以控制的出血,并有损伤、切除邻近脏器或组织的可能,手术中发现病变不能切除,则行姑息性手术或仅作探查。。
- 3 术后可能发生切口感染、化脓、瘘或窦道形成,切口不愈合,组织和器官粘连,术后再出血或再次手术的可能以及心、肝、肺、肾、脑等器官或系统的并发症或疾病本身发展所致的不良转归。
- 4 可能感染艾滋病及其他传染病。
- 5 视术中所见及术中病理决定手术方式、范围,肿瘤无法完全切除可能;胆瘘;胰瘘;肠瘘;吻合口瘘、破裂、出血、狭窄;顽固性胸腹水;腹腔感染;术后肠粘连、肠梗阻;肿瘤复发、扩散、转移,预后不良。
- 6 术中视情况有切除脾脏可能,术后有可能深静脉血栓形成,可能门静脉、肠系膜上静脉血栓形成,肠坏死可能。
- 7 术后肺部感染,切口感染、腹腔内感染以致DIC、多脏器功能衰竭,病情危重,气管切开,气管插管,入ICU抢救可能;
- 8 术后较长时间卧床以致深静脉血栓形成,出现肺栓塞、脑梗塞等生命危险。
- 9 术中损伤周围重要脏器、血管;术后切口疝,术后肺炎、肺不张、褥疮等可能。
- 10 患者高龄,术中术后可能出现恶性心律失常、心衰等风险危及生命。
- 11 术后可能预后不良。
- 12 术中、术后其他不可预知风险。

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险,但由于现有医疗水平所限,仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的一些情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度的人身损害的不良后果。

医患双方的共识:

- 1 医疗机构及其医务人员在医疗活动中,必须严格遵守医疗卫生管理法律,行政法规,部门规章和诊疗护理规范,恪守医疗服务职业道德。
- 2 患方已充分了解了该手术方法的性质、合理的预期目的、危险性、必要性和出现医疗风险情况的后果及可供选择的其它治疗方法及其利弊;对其中的疑问,已得到了经治医师的解答。经自主选择同意已拟定的手术方案。
- 3 本同意书经医患双方慎重考虑并签字后生效。其内容为双方真实意思的表示,并确认医方已履行了告知义务,患方已享有知情、选择及同意的权利,将受我国有关法律的保护。本同意书一式二份,医患双方各执一份。

患者或近亲属或法定代理人签字:

日期: 2017.12.11

医院经治医师签字: 叶振宇

日期: 2017.12.11

苏州大学附属第二医院
医疗服务告知同意书

姓名： 床号： 科别： 病区： 住院号：

尊敬的

欢迎您入住我院，祝你早日康复！

我院医务人员将本着人道主义精神，尊重科学，依法执业，以规范的诊疗服务来关爱你的身心。治愈疾病，早日康复是医患双方共同的愿望，医患双方精诚合作，是战胜疾病的基础。为此，我们向你告知：

- 1 你的合法权益将依法得到保护。入院时请出示您的身份证明，并指定委托亲属。
- 2 您的知情权将得到我院的充分尊重，你若需要可按规定复印有关病史资料。您及您委托的近亲属有了解病情、医疗费用、检查结果、医疗风险和选择医疗措施的权利，同时应服从医务人员的医嘱和安排，按规定交付医疗费用，保证诊疗工作进行顺利。
- 3 请您遵守医院有关规章制度和探视制度，注意消防安全，不得擅自使用电热器具，妥善保管好现金和贵重物品。
- 4 请您务必做到外出应向病区书面请假并获准（外出期间发生的不良后果，院方不承担法律责任）。
- 5 如果您发现我院医疗活动中，有违反医疗卫生法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规的行为，您可向所在科室负责人或护士长反映，也可向我院相关部门或相关主管部门投诉。
- 6 请您和您的家属不要将钱物赠送给医务人员，如果您发现我院医务人员有索取患者财物或牟取其他不正当利益的行为，请及时向我院监察办投诉（监察办电话：3342）。
- 7 医务人员救死扶伤，依法执业，应当受到您及全社会的尊重。医务人员的人格尊严、人身安全受法律保护。
- 8 鉴于当今医学科技水平的限制于传染病流行病学的复杂性，凡在本院接受各类大小手术或创伤性医疗措施的患者，均有可能感染艾滋病、丙型肝炎、梅毒等其他传染病；住院期间患者均需接受艾滋病等传染病的检查，如意外感染艾滋病等传染病，应予以理解。
- 9 为维护医疗秩序，保障医疗安全，促进医学科学的发展，请您务必遵守卫生部、公安部卫通[2001]12号《通知》，《入院须知》的全部条款。

苏州大学附属第二医院

我同意以上告知，同意委托近亲属（与我关系 ✓ ）

处理相关医疗事务（若患者系无行为能力或限制行为能力者，则由患者近亲属代签本同意书）。

患者签名：

委托近亲属签名：

本院接诊医生见证：

日期：2017-11-26

注：本同意书一式贰份，签字后一份由患者或亲属保管，一份存入病历。