

# 中国人民解放军总医院

## 手术或特殊操作知情同意书

住院科室：骨科

门诊号：

住院号：

姓名：[REDACTED]	性别：女	年龄：60	
主 要 诊 断	双膝重度骨关节炎		
知 情 同 意 内 容	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 我已被充分告知所选择手术或治疗方案的类型、目的、风险和并发症，以及不进行医疗干预可能导致的后果；</li> <li>2. 我已知晓并理解除该手术或操作伴随的特殊风险外，尚有失血、大脑或神经损伤（包括麻痹、功能丧失和昏迷等）、感染、心脏骤停甚至死亡等任何手术或有创操作可能伴随的风险。</li> <li>3. 我已知晓并理解手术过程中可能出现不可预知的情况，导致扩大手术范围或更改手术方案，因此授权并要求参与诊疗活动的医生采取基于专业判断的合理措施；</li> <li>4. 我已知晓解放军总医院是教学医院、北京市医师规范化培训基地，理解并同意住院医师、进修医生在上级医师指导下，协助或承担部分或全部医疗活动，并同意实习医生和医学专业研究生参与并协助手术或其他医疗活动；</li> <li>5. 我已知晓并同意做所在医疗机构的临床见习对象，并允许所在医院医生以医学教育 and 研究为目的，讨论我的病历和手术资料；</li> <li>6. 我理解医学实践难以做到绝对精确，明确知晓医疗机构和医生无法担保以上手术或医疗活动可能取得的效果；</li> <li>7. 我理解并同意所在医院医生因医疗、科研或教学目的，在身份信息保密的前提下，拍照、播放、摄录或以其它方式记录我的手术或特殊操作的部分或全过程；我理解并确认，以上照片、视频、音频或电脑数据资料等将为医院医疗和教学机构所有，并不作为医疗文书备案；以上资料可由所在医疗机构相关专业人员编辑、保存或销毁其部分或全部内容；</li> <li>8. 我同意并授权所在医院专业人员以科研、教学或其他医疗相关目的，对手术或特殊操作中从我身体移除的组织标本、器官切取物、血液等体液、假体或医用材料等进行处理、保存、检测或实验研究；</li> </ol>		
患 者 知 情 选 择 意 见	<p>主管医师已经向我们讲明手术或特殊操作知情同意书的目的、意义和需要注意的事项，对此我们表示对以上条款知情和同意，本人自愿 <input checked="" type="checkbox"/> 授权 <u>刘玉杰</u> 医生主诊组成员及其他须参与诊疗活动的医生对本人实施以下手术或特殊操作：<u>左膝关节清理、骨赘切除、单髁置换术。</u></p> <p>患 者：[REDACTED] 2014年7月13日</p> <p>我已充分解释并告知患者本人或其委托人以上手术或特殊操作的类型、目的、风险及并发症，以及不采取治疗可能导致的结果。我未向患者或其委托人对以上手术或特殊操作的效果做任何担保。</p> <p style="text-align: right;">知情同意告知医生：[Signature] 日期：2014年7月13日</p>		