





## 首都医科大学附属北京友谊医院

## 手术说明知情同意书

以及替代医疗方案等，以便您理解相关手术情况，帮助您做出选择。鉴于医学手术风险较高，发生意外事件不能完全避免，建议您术前购买手术意外保险，分担手术风险。

一 般 情 况	患者姓名: [ ] 性 别: 女 年 龄: [ ]
	科 室: 重症医学科 病房或病区: [ ] 病案号: [ ]
	身份证号码: [ ] 登记号: [ ]

【病情简介】(主要症状、体征、疾病严重程度)

自发肝破裂出血，孕36+6周，胎死宫内，剖腹探查、肝脏周围纱垫压迫止血、剖腹产术后。现患者气管插管状态，多器官功能不全综合征。

【过敏史】否认

【术前诊断】自发肝破裂出血，孕36+6周，胎死宫内，剖腹探查、肝脏周围纱垫压迫止血、剖腹产术后，多器官功能不全综合征

【替代医疗方案】(目前的主要不同治疗方案及手术方式介绍)

保守治疗观察

【拟行手术适应症】肝自发破裂出血、肝周纱垫压迫止血

【建议拟行手术名称】剖腹探查术

【手术目的】撤除止血纱垫，再次止血

【手术部位】腹腔

【麻醉方式及风险】全麻，极高风险

经治医师签名: [ ]

患者/患者近亲属/法定监护人/委托人签名: [ ]

时间: 2017年07月14日

地点: 重症医学科

【患者自身存在危险因素】肝脏自发破裂出血，多器官功能不全，气管插管状态，凝血功能异常

【拟行手术禁忌症】多器官功能不全

【手术风险，包括术中或术后可能出现的并发症等】

- ☐ 1、术中无法确切止血，术后再发出血。
- ☐ 2、术中持续出血，无法撤除纱垫，再次纱垫堵塞。
- ☐ 3、术中出现无法控制的大出血。
- ☐ 4、手术过程中出现腹腔内相邻脏器损伤。
- ☐ 5、术后器官功能持续恶化，出现器官功能衰竭。
- ☐ 6、术后出现腹腔、肺部、切口等部位感染。
- ☐ 7、术中、术后患者中枢神经系统损伤，无法苏醒，植物人状态。
- ☐ 8、根据手术情况，以及手术后病情变化情况，可能需要再次手术。
- ☐ 9、手术各器官功能出现永久性损伤，如肾功能衰竭，需长期透析治疗等。
- ☐ 10、以上任何并发症及无法预知的医疗意外均可能导致患者术中、术后死亡。

其他: [其他]

【术后主要注意事项】器官功能支持和腹腔出血情况。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除手术风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，恳请理解。

医  
师  
说  
明



扫描全能王 创建



# 首都医科大学附属北京友谊医院

## 手术说明知情同意书

【拒绝手术可能发生的后果】严重感染致肾功能衰竭。

我已向患者/患者近亲属/法定监护人/委托人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人/委托人已知并充分理解了上述信息。

经治医师签名：

*[Signature]*

签名时间

2017年

7月

14日

14时

30分

签名地点：

ICU

术者签名确认：

患者/患者近亲属/法定监护人/委托人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案，并已就医疗风险和并发症（请患者本人/委托人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明。我理解手术可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式，也可以拒绝或放弃此项手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

（请患者/患者近亲属/法定监护人/委托人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样）

我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容特做以下声明

我同意

（填写“同意”）接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。

并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。

患者签名：

患者近亲属/法定监护人/委托人签名

*[Signature]*

与患者关系：

夫妻

联系电话

*[Redacted]*

患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码

*[Redacted]*

签名时间：

2017年

7月

14日

14时

30分

签名地点：

ICU

我

不同意

（填写“不同意”）接受医师建议的手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名：

患者近亲属/法定监护人/委托人签名

*[Redacted]*

与患者关系

*[Redacted]*

联系电话

*[Redacted]*



扫描全能王 创建



# 手术说明知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，您有此手术的适应症，建议您采取手术治疗，特向您详细介绍和说明：病情简介、术前诊断、手术名称、手术目的、手术风险（包括术中或术后可能出现的并发症等）和需要采取的相应措施以及替代医疗方案等，以便您理解相关手术情况，帮助您做出选择。鉴于医学手术风险较高，发生意外事件不能完全避免，建议您术前购买手术意外保险，分担手术风险

一 般 情 况	患者姓名：[REDACTED] 性别：女 年龄：[REDACTED]
	科 室：妇产科 病房或病区：产休病房 病案号：[REDACTED] 身份证号码：[REDACTED] 登记号：[REDACTED]
	<p>【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度） 患者主因“停经36+6周，下腹痛6小时”入院</p> <p>【过敏史】否认</p> <p>【术前诊断】妊娠36+6周 孕1产0 枕左前位 腹腔内出血（子宫血管破裂？） HELLP综合征 妊娠期高血压病 胎盘早剥？胎死宫内？ 肥胖症 妊娠合并子宫肌瘤</p> <p>【替代医疗方案】（目前的主要不同治疗方案及手术方式介绍） 无</p> <p>【拟行手术适应症】腹腔内出血（子宫血管破裂？） 胎盘早剥？</p> <p>【建议拟行手术名称】子宫下段剖宫产术+开腹探查术</p> <p>【手术目的】终止妊娠</p> <p>【手术部位】子宫</p> <p>【麻醉方式及风险】CSEA，详见麻醉单</p> <p>经治医师签名：[REDACTED] 患者/患者近亲属/法定监护人/委托人签名：[REDACTED]</p> <p>时间：2017年07月11日 地点：妇产科</p> <p>【患者自身存在危险因素】患者胎盘早剥？，有子宫、胎盘卒中，DIC等风险，严重时可致多脏器功能衰竭，危及患者生命。</p> <p>【拟行手术禁忌症】无绝对手术及麻醉禁忌症</p> <p>【手术风险，包括术中或术后可能出现的并发症等】</p> <p><input type="checkbox"/> 1、大出血，严重时可发生休克甚至危及产妇生命，必要时输血治疗；</p> <p><input type="checkbox"/> 2、心脑血管意外；</p> <p><input type="checkbox"/> 3、羊水栓塞、DIC、严重时危及产妇生命；</p> <p><input type="checkbox"/> 4、脏器损伤（如损伤肠管、膀胱、输尿管）；</p> <p><input type="checkbox"/> 5、术后感染（腹部伤口感染，子宫切口感染，盆腔感染）；</p> <p><input type="checkbox"/> 6、胎盘胎膜残留，需行刮宫术；</p> <p><input type="checkbox"/> 7、晚期产后出血，严重时可能行子宫切除；</p> <p><input type="checkbox"/> 8、子宫复旧不良，宫腔积血</p>



扫描全能王 创建



## 手术说明知情同意书

说明

☐9、腹部伤口愈合不良（脂肪液化、血肿），需要二次清创缝合；

☐10、静脉血栓形成、严重时发生肺栓塞导致猝死

☐11、术后肠粘连、肠梗阻

☐12、新生儿出生后窒息、肺炎、硬肿、黄疸，甚至死亡

☐13、新生儿损伤（骨折、软组织损伤及神经损伤等）

☐14、胎儿畸形及先天发育异常术前不完全除外

☐15、再次妊娠或分娩发生子宫破裂风险，再次妊娠出现前置胎盘、胎盘粘连甚至胎盘植入的风险，再次妊娠时子宫瘢痕部位妊娠的风险。

☐16、远期并发症子宫瘢痕憩室，子宫内膜异位症等

其他：1) 妊娠期高血压疾病：围手术期及产褥期有发生子痫、心脑血管意外、心衰、肺水肿、肾功能不全、DIC、HELLP综合征等风险，产后出血风险亦增加；2) 患者胎盘早剥？，有发生子宫、胎盘卒中，DIC等风险，严重时可能导致多脏器功能衰竭，危及患者生命；3) 视术中探查情况，必要时其他科室医生台上会诊可能；4) 术后转ICU可能。

【术后主要注意事项】1、监测生命体征：血压、脉搏、呼吸、体温；2、静点抗生素预防感染，注意血象；3、密切注意子宫收缩及阴道出血情况；4、注意腹部伤口愈合情况

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除手术风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，敬请理解。

【拒绝手术可能发生的后果】延误病情

我已向患者/患者近亲属/法定监护人/委托人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人/委托人已知并充分理解了上述信息。

经治医师签名：郝俊 签名时间：2021年7月11日14时00分 签名地点：门诊办公室

术者签名确认：\_\_\_\_\_

患者/患者近亲属/法定监护人/委托人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案，并已就医疗风险和并发症（请患者本人/委托人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明。我理解手术可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式，也可以拒绝或放弃此项手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、手术及其医疗风险等





## 首都医科大学附属北京友谊医院

## 手术说明知情同意书

患者知情同意内容

拒绝或放弃此项手术,也知道由此带来的不良后果及风险,我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询,并得到了全面的答复。

(请患者/患者近亲属/法定监护人/委托人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容,特做以下声明。”字样)

我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容

我同意 (填写“同意”) 接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。

并授权医师:在术中或术后发生紧急情况下,为保障患者的生命安全,医师有权按照医学常规予以紧急处置,更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。

患者签名:

患者近亲属/法定监护人/委托人签名: 与患者关系: 联系电话:

患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码:

签名时间: 2017年7月11日 17时23分 签名地点: 外科

我 (填写“不同意”) 接受医师建议的手术方案,并且愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名:

患者近亲属/法定监护人/委托人签名: 与患者关系: 联系电话:

患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码:

签名时间: 年 月 日 时 分 签名地点:

患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由:

记录人:

见证人: 见证人身份证号码:

时间: 年 月 日 分

地点:

备注

如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名,请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实。



扫描全能王 创建









# 首都医科大学附属北京友谊医院



## 手术说明知情同意书

即  
说  
明

☐11、术后肠粘连、肠梗阻

☐12、再次妊娠或分娩发生子宫破裂风险，再次妊娠出现前置胎盘、胎盘粘连甚至胎盘植入的风险，再次妊娠时子宫瘢痕部位妊娠的风险。

☐13、远期并发症子宫瘢痕憩室，子宫内膜异位症等。

☐14、患者低置胎盘，术后及术后有大量出血、失血性休克，如大量出血，有切除子宫，危及生命等可能。

☐15、患者近期行大手术，手术应激，术后恢复差，术后需转入ICU继续严密监测。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除手术风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，恳请理解。

[ ]

【拒绝手术可能发生的后果】母亲预后不良

我已向患者/患者近亲属/法定监护人/委托人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人/委托人已知并充分理解上述信息。

经治医师签名：张强 签名时间：2024年2月15日13时40分 签名地点：产科病房

术者签名确认：张强

患者/患者近亲属/法定监护人/委托人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案，并已就医疗风险和并发症（请患者本人/委托人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明，我理解手术可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式，也可以拒绝或放弃此项手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

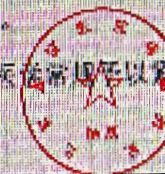
（请患者/患者近亲属/法定监护人/委托人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样）

我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：

我张强（填写“同意”）接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。

并授权医师：在术中或术后发生紧急情况时，为保障患者的生命安全，医师有权按照临床常规以紧急处置，更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。

患  
者  
知  
情  
同  
意



扫描全能王 创建



# 首都医科大学附属北京友谊医院

## 手术说明知情同意书

意 内 容	<p>患者签名: [REDACTED]</p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人签名: [REDACTED] 与患者关系: <u>父</u> 联系电话: [REDACTED]</p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码: [REDACTED]</p> <p>签名时间: <u>18</u> 年 <u>2</u> 月 <u>15</u> 日 <u>16</u> 时 <u>48</u> 分 签名地点: <u>外科西</u></p> <p>我 <u>      </u> (填写“不同意”) 接受医师建议的手术方案, 并且愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。</p> <p>患者签名: _____</p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人签名: _____ 与患者关系: _____ 联系电话: _____</p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码: _____</p> <p>签名时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分 签名地点: _____</p>
	<p>患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由:</p> <p>记录人: _____</p> <p>见证人: _____ 见证人身份证号码: _____</p> <p>时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 分</p> <p>地点: _____</p> <p>如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名, 请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。</p> <p>也可请医务人员或其他知情患者签名证实。</p>
备 注	





## 病情告知签字书

第1页

科别：妇产科

床号：[REDACTED]

姓名：[REDACTED]

性别：女

年龄：[REDACTED]

住院号：[REDACTED]

## 病情告知内容

患者妊娠38+5周，孕1产0，枕左前位，右肾结构紊乱出血？，病情危重，孕妇可能发生DIC、失血性休克，胎儿窘迫、新生儿窒息、脑瘫，可能预后不良，需要转儿科治疗。术中请泌尿外科会诊，有可能行一侧肾脏切除，术后可能发生肾功能不全、肾功能衰竭等严重情况。术后可能需要转ICU进一步治疗。

医师签名：[REDACTED]

签字时间 2016年5月18日 9:40

## 家属/监护人/委托人意见

我已仔细阅读了上述的病情交待，明白病情可能出现上述变化及存在的风险，明白与疾病相适应的特殊治疗及特殊抢救措施。对于我提出的问题，医师已给予我充分的解释，我已获得了有关病情的上述信息。

我 [REDACTED]

关于 [REDACTED]

的上述病情告知（

条）。

（理解或不理解）

（患者姓名）

我 [REDACTED]

接受上述治疗措施（

条）。

（同意或不同意）

签名：[REDACTED]

与患者的关系

夫妻

签字时间

2016年5月18日 9:40







首都医科大学附属北京友谊医院

病人委托书



委托人(患者) 姓名:

性别

女

年龄

30岁

住院号

被委托人 姓名:

性别

男

年龄

33

单位:

身份证号:

联系电话:

住址:

委托事项:

1. 被委托人代理委托人履行住院期间医疗文书(手术知情同意书及有创检查/治疗知情同意书等)上的签字手续。

委托人签字:

被委托人签字:

2. 被委托人代理委托人知晓病情和医院的医疗措施及医疗风险。

委托人签字:

被委托人签字:

2016年05月18日

注:上述委托代理事项如有变更,患者应立即通知医院。



扫描全能王 创建



## 首都医科大学附属北京友谊医院

## 剖宫产术知情同意书

科别 妇产科 床号 姓名 性别 女 年龄 住院号

术前  
诊断

妊娠48周，头位，不规律宫缩，破膜，胎心监护异常？

手术名称：子宫下段剖宫产术

胎儿保至 食儿(重:)

一、因病人个体差异及某些不可预测的因素，在术中、术后可能出现下列并发症及风险：

1. 大出血，严重时可发生休克甚至危及产妇生命
2. 心脑血管意外
3. 羊水栓塞、DIC、严重时可危及产妇生命
4. 脏器损伤（如损伤肠管、膀胱、输尿管）
5. 术后感染（腹部伤口感染、子宫切口感染、盆腔感染）
6. 胎盘残留，需行刮宫术
7. 晚期产后出血，严重时可能行子宫切除
8. 宫腔积血
9. 腹部伤口脂肪液化、腹壁切口子宫内膜异位症
10. 深静脉血栓形成，严重时发生肺栓塞导致猝死
11. 术后肠粘连、肠梗阻
12. 新生儿出生后窒息、肺炎、硬肿、黄疸，甚至死亡
13. 新生儿损伤（骨折、软组织损伤等）
14. 胎儿畸形术前不完全除外
15. 远期子宫瘢痕部位妊娠
16. 其他

二、出现上述各种并发症的对策：

此项手术的执行医生应按医疗操作规则认真准备，仔细观察和操作，最大限度地避免上述并发症的发生。我们一定以高度的责任心，尽力做好我们的工作。

上述并发症出现后，我们会立即采取相应措施，对危及生命的并发症我们可能来不及征求家属意见，需要紧急输血、深静脉置管、心外按压、心内注射、电除颤等抢救生命的紧急措施，希望得到家属的同意，理解。

三、患者和家属应履行交费手续。

四、我已认真阅读了本知情同意书，对该手术可能出现的并发症及手术风险有了全面了解，我同意接受手术。

患者签字：\_\_\_\_\_

家属/被委托人签字：\_\_\_\_\_ 家属/被委托人与患者的关系：\_\_\_\_\_

家属/被委托人的联系方式：\_\_\_\_\_

家属/被委托人的地址：\_\_\_\_\_

医生签字：\_\_\_\_\_

签字日期：2016年5月18日



扫描全能王 创建