浙江大学医学院附属邵逸夫医院

XXXXX（技术名称）知情同意书

1. 您的主诊医生是： 您的经管医生是：
2. 这是一份有关手术/操作的告知书。目的是告诉您有关手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读，若有任何疑问，请您及时告知您的主管医生，并经充分沟通后，您再决定是否同意进行手术或操作。
3. 由于医学客观的局限性，因已知或未知的原因，任何手术或操作都有可能：不能达到预期结果；出现并发症、损伤甚至死亡。因此，医生不能对手术/操作的结果作出任何的保证。您有权知道手术/操作的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。除出现危急生命的紧急情况外，医生在没有和您进行手术知情告知并获得您的书面同意前，不会对您施行手术/操作。在手术/操作前的任何时间，您都有权接受或拒绝本手术/操作。

目前诊断：

拟施行的手术/操作名称：

1. 医生会用通俗易懂的语言给您解释：

5.1 手术/操作的性质、目的、预期的效果：

(详细说明)

5.2 手术/操作对您的受益：

(详细说明)

5.3 任何可能伴随的不适、并发症或风险：

a 手术中可能出现的意外和危险：

(详细说明)

b 手术后可能出现的意外及并发症：

(详细说明)

5.4 针对上述情况将采取的防范措施：

基于术中及术后可能出现的各种并发症，我们将根据现代医疗规范，采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全，使治疗过程顺利完成：

1）术前：①术前：认真评估病人，选择合适的手术方案。②完善各项必须的术前检

查，如出凝血时间、肝肾功能、术前免疫全套、心电图、胸片等。③根据基础疾病进行针对性治疗。

2）术中：①严密监测生命体征变化，保持生命体征平稳，备齐各种急救设备，随时

处理术中出现的各种情况；②仔细操作，动作轻柔、准确。③严密止血。④严格遵守无菌操作规范

1. 术后：严密监测生命体征及手术部位变化，并根据情况针对性使用抗炎、止血药物等对症治疗。

4）必要时请相关科室会诊协助治疗。

5）其它

5.5 可供选择的其它治疗方案：

您选择：

1. 如需植入内置物，您同意选择的（如骨科内固定、起博器等）类型及厂家：

7 您的主刀医生是： ，助手：

手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士，必要时邀请病理、放射医生及其它医务人员参加。

8 拟定的手术/操作将根据本知情书决定的手术方式进行，术中如有紧急或事先没有预料的情况发生，医生将及时与您或患者委托授权人取得联系，根据出现的情况，医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。

1. 如果您的医生认为在手术/操作期间您需要输血或血液制品，他/她将会告诉您有关输血或血制品的风险、利弊，这包括由于输血或血液制品而传染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此，您有权同意或拒绝接受输注血液或血制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。
2. 病理医生将对在手术/操作中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置。术中可能需要病理医生对部分组织进行冰冻切片诊断，冰冻切片质量远较常规石蜡切片为差，其诊断正确率最高仅达95%左右，存在误诊及微小病灶漏诊的可能；部分病例在常规石蜡报告出来后可能要进行第二次手术。对此，病员及其家属应予以充分理解。
3. 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩，也同意拍摄不注明您身份的照片（有可能将其发表）作为医疗和教学之用。
4. 为了确保您对上述内容的准确理解，在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前，医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问，或您在诊疗过程中发生了任何不适与损伤，您可以随时与您的医师联系（XX医师，xxxxxxxx（电话号码） ，浙江省杭州市江干区庆春东路3号浙江大学医学院附属邵逸夫医院X号楼XX楼）。
5. 如果您对您的权益方面有任何疑问，请联系浙江大学医学院附属邵逸夫医院医学伦理委员会，0571-86006811。

您以下的签名表示：

①您已阅读并理解、同意前面所述的内容；

②您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释；

③您已经得到了有关手术的相关信息；

④您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

签名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年 月 日 时 分

（□患者本人□患者家属□父母□监护人□委托代理人）

医生签名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年 月 日 时 分