**\*\*\*\*\*知情同意书**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **患者姓名：** | **性别；** | **年龄：** |
| **床位号：** | **住院号：** | **签署日期：** |
| **疾病介绍和治疗建议**医生已告知患有\_\_\_\_\_\_\_\_，需要在\_\_\_\_\_\_麻醉下进行\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。【\*\*\*技术介绍】【拟行治疗日期】【治疗指征及禁忌症】治疗指征：禁忌症： |
| **治疗潜在的风险和对策** 医生告知我如下\*\*技术可能发生的风险，有些不可预知的风险没有在此列出，具体的手术方式根据不同病人的情况有所不同，如果有特殊的问题我可与患者主管医生讨论有关患者手术的具体内容。1.我理解任何手术麻醉都存在风险。2.我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。3.我理解此手术可能发生的风险：请列出一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。 |
| **替代治疗方法：**如果您不选择\*\*治疗，可以选择替代治疗方案。具体如下：请列出：上述替代治疗方案的风险和疗效可以咨询您的主管医生。（如无明确疗效的替代治疗方法，则描述为：目前尚无明确疗效的替代治疗方法。） |
| **医生声明**我确认已向患者的监护人或者代理人解释了此次手术的详细情况，包括手术方案、风险等重要情况，并给其一份签署过的知情同意书副本。**经治医生签名： 手术医生签名：****日期： 日期：** |
| **患者知情选择**1.医生已经将这份资料向我做出了详细的说明，不明白的字、词语以及与此次手术相关的其他问题我也问过了医生。2.在充分理解的基础上，经过慎重考虑，我同意患者施行关节镜手术。（1）我同意在手术中医生可以根据患者的病情对预定的手术方式作出调整。（2）我理解患者的手术需要多位医生共同进行。（3）我理解医生无法做出百分之百成功的承诺。（4）我授权医生对手术切除的病变组织和取出的植入物进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。 **法定监护人签名： 与患者关系：** **日期：**  |