

外科手术或其他侵入式手术治疗同意书

CONSENT FOR SURGERY OR OTHER INVASIVE PROCEDURAL TREATMENT (SIMPLIFIED CHINESE)

1. 手术: 本人 _____ [患者的姓名], 同意接受以下手术:

_____ [手术描述]。

我的执业医师已与我进行讨论, 我了解我的手术会涉及哪些问题, 包括实际上我可能接受麻醉或镇静, 或两者均有。我了解我有权利且有责任对我的医疗保健做出决定。我可能已收到其他教育材料。我已在自愿情况下做出我的决定。

2. **风险:** 我的执业医师已与我讨论了此次手术相关的特殊风险。如若发生此类风险, 医生可能需要采取其他程序。我了解, 任何手术都会带来的常见风险包括, 但不限于: 中风、设备失效、感染、神经损伤、血凝块、心脏病发作、过敏反应、呼吸衰竭、肾脏衰竭、出血和严重失血。这些风险的后果很严重, 甚至可能致命。我了解并自愿承担这些风险。在我进行手术前, 医生将与我讨论进行麻醉或镇静的相关风险和副作用。在我手术前, 我可能需要签署一份关于实施麻醉和镇静的单独同意书。

3. **替代方案:** 我的执业医师已向我解释了此次手术的合理替代方案。并且与我讨论了不进行此手术的风险和好处。了解这些信息后, 我选择接受本同意书所描述的手术。

4. **好处:** 我的执业医师已与我讨论了此次手术相关的可能好处。我了解, 我能否获得这些好处不是确定的。对于此次手术的结果, 没有人对我作出过任何保证。

5. **护理团队:** 我授权我的执业医师, _____ [执业医师姓名], 执行此次手术。我同意, 执业医师会接受护理团队的辅助, 团队成员可能包括: 麻醉师、护士、技术人员、医疗设备专家和外科手术团队。外科手术团队可能包括其他主治外科医生、住院医师、研究人员、医科学生或其他专职医疗保健专业人员。我授权这些助手或助手在上述医生的指导下执行部分手术或程序。

6. **手术室人员到场情况:** 我的执业医师或其指定的另一位适当的合格提供者会在外科手术或侵入式手术的绝大部分时间里 (包括关键及重要环节) 在场, 一旦完成这些手术部分, 医生或该提供者便可离开手术室。我了解, 如果上述执业医师在我接受外科手术期间离开手术室, 则该医生或另一位合格的提供者会在需要的情况下随时提供协助或监督我的手术情况。

7. **观察员:** 在我手术期间, 我的执业医师可能会允许观察员进行观察。他们不属于护理团队, 不会参与护理服务。

8. **输血:** 我的执业医师已与我讨论了下方标记的此次手术相关的输血可能性, 以及即使输血可能挽救生命之时我对输血的优先选择。

执业医师: 请勾选下列相关选项。此处的选择不是同意或拒绝的证据; 而是为这些决定的适当文件提供指导。选择同意或拒绝输血时, 应完整填写各自相关的文件。

预计此次手术不需要输血。未进行输血前检测 (血型及筛查)。不需要其他表格。

可能指示需要输血。预计进行输血前检测 (血型及筛查)。要以文件形式记录输血同意书, 请使用表格 #397073 — 输血知情同意书。 **

即使输血可能挽救生命之时, 患者也不同意输血。要以文件形式记录输血拒绝书, 请遵循适用的临床标准: 无血计划: 成年人或无血计划: 新生儿、儿科和成人家属。 **

9. **病理:** 我接受对任何样本 (如组织、血液、体液等) 进行检查、处理或储存, 以供未来用于医疗学习和研究。任何涉及样本的研究将由一个适当的审查委员会进行审查。我了解, 我的组织或其他移植材料将不会退还给我。免责条款的请求将根据具体情况逐个进行审查。

10. **视频或照片记录:** 我了解, 视频或照片记录作为我的治疗和/或诊断的一部分, 可能对临床教学或专业出版物有用。我了解, 如果以此种方式使用, 为使我的身份不被暴露, 将会对我的记录进行编辑 (简称为“去识别化”)。未经我的授权, 我的视频或照片记录将不会用于任何其他目的。

_____ (患者首字母签名) 我拒绝授权将我的去识别化视频或照片记录用于临床教学或专业出版物中。

Day of Procedure

Verify patient consents to the documented procedure.

RN/Tech initials _____

Date _____

Time _____

Day of Procedure

**Verify patient's signed documents are in the medical record.

RN/Tech initials _____

Date _____

Time _____

我的执业医师已为我解答有关于此次手术的任何问题。在下方签字即表示, 我证实我同意接受此次手术。

签名 (患者或法律代表) _____

正楷姓名 _____

日期 _____

时间 _____

关系 (如果不是患者本人) _____

执业医师声明:

我已向患者/法律代表解释本文档的内容, 并已回答患者的所有问题。据我所知所信, 我已向该患者提供适当的信息, 该患者已表示同意。

执业医师签名 _____

正楷姓名 _____

日期 _____

时间 _____

是 — 口译人员参与了该过程。

Consent Update

Patient consent validation, if patient signature date is greater than 90 days prior to the procedure date.

Practitioner initials _____

Date _____

Time _____

PATIENT LABEL



SEATTLE, WASHINGTON

Form 396230-CHINESE-SIMPLIFIED Rev. 07/2018

外科手术或其他侵入式手术治疗同意书