

《医疗知情同意书参考指南》

中国医院协会

二〇一〇年九月

中國醫院協會

医协会发[2010]25号

在关于中国医院协会会员医院中推行 “医疗知情同意书参考指南”的通知

各会员医院：

自2010年7月1日起，《侵权责任法》正式实施，其中第55条明确规定了尊重患者知情权为医务人员的义务。中国医院协会作为医院的行业组织，为规范医务人员的告知行为与告知内容，加强依法行医的自律性，维护患者的知情同意权，有效促进医患之间的沟通和信任，减少医患纠纷，构建和谐社会。我会在中国医院协会医疗法制专业委员会承担卫生部医政司的课题基础上多次组织医、法各界的专家学者和患者，在深入研究的基础上，通过试点反复修改，最终制定了“医疗知情同意书参考指南”，现将该指南发给你们，望结合本院具体情况参考本指南制定你院的知情同意书，在实践中不断总结不断完善，创建具有中国特色的医患沟通模式。

中国医院协会

二〇一〇年十月十七

抄报：卫生部办公厅、政策法规司、医政司

抄送：各省、自治区、直辖市医院协（学）会

中国医院协会

2010年10月17日印发

共印2000份

前 言

近年来，医患纠纷已成为社会关注的焦点，医患矛盾突出，不仅严重的干扰了医院正常的诊疗秩序，同时也成为影响社会和谐不稳定的因素之一。根据最高人民法院对医疗损害赔偿纠纷一审案件的统计数据显示，医疗纠纷案件 2007 年收案 11009 件，2009 年收案 16448 件；根据卫生部医管司的统计，2004 年全国首次在医学会鉴定的医疗案件有 9089 件，2008 年首次鉴定数为 10929 件，可见医患纠纷的数量呈逐年增加的趋势。

北京市华卫律师事务所代理的医疗纠纷案件中，90%以上的患方在诉讼中均提及医院告知不完善的问题，很多纠纷是由于医患之间沟通不够造成的；在医疗事故鉴定中，90%以上的患方都提及告知不足的问题；在法院判决书中，多有因告知不足和病历书写缺陷的存在而判定医院承担赔偿责任。在我们的调研中发现，各地区、各级别医院的手术知情同意书、名称、制式、告知内容皆不统一，也不完善，甚至存在许多不规范、不合法的问题，医疗知情同意书作为诉讼的重要凭证，应在法律框架内酌情修改，尽量完善。

2010 年 7 月 1 日实施的《侵权责任法》，其中第 55 条明确规定了医务人员的告知内容以及尊重患者知情权为医务人员的义务。中国医院协会作为医院的行业组织，为帮助各医院规范医务人员的告知行为与告知内容，实现患者的知情同意权，有效促进医患之间的沟通，特组织各界专家探讨，参考国内 26 家医院以及韩国、美国、澳大利亚的各种知情同意文本，草拟了医疗知情同意样本，并广泛征求社会各界

意见，包括法律界、人大立法相关人员、司法部门、卫生行政部门、鉴定机构、社会学者、医疗机构管理人员、医护人员以及患者等，在此基础上最终制作出《医疗知情同意书参考指南》，供各医院参考。临床医疗知情同意书样本是在收集 26 家医院实践中告知的治疗风险等资料的基础上，套入医疗知情同意书模板制作的，希望对各医院在知情同意告知方面提供一定的帮助。

由于医院的性质、级别、地域、专业、分科有较大差别，我们将《门诊告知》、《住院告知》的一般性公共信息类、特殊检查、特殊治疗和手术知情同意书的框架和模板推出，供全国会员单位参考适用，希望在今后的医疗实践中，各单位根据本单位具体情况不断修改、不断完善。我们深知医务工作者工作任务繁忙，时间宝贵，力求制作的模板在告知内容上尽量全面，在符合法律证据要求的情况下，尽量简化、实用，意在提高广大医务人员主动、全面告知的自律性，规范医疗活动中的诊疗行为，采用人性化的告知语言，尊重患者的知情权、选择权和隐私权，确实维护医患双方合法权益。由于水平有限，还存在一些争论问题，不足之处，恳请全国会员单位和医、法、患各界朋友批评指正。

在此特别感谢卫生部医政司、法规司的重要指导，特别感谢国务院法规处及法律界相关领导、法官、专家、学者、记者、患者和试点医院、支持单位以及社会各界给与的支持、帮助。

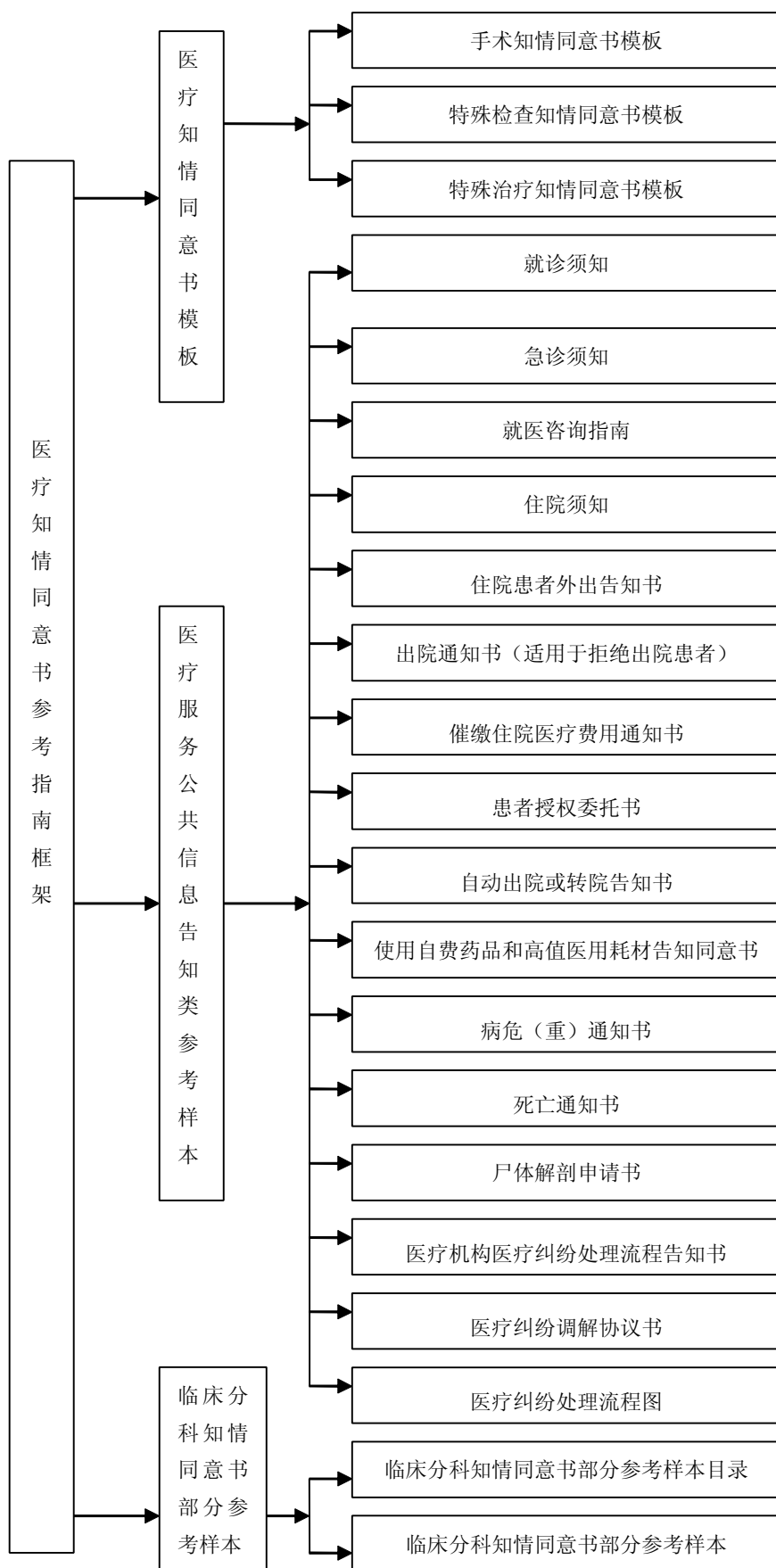
中国医院协会医疗法制专业委员会课题组

二〇一〇年九月二十九日

目 录

一、 《医疗知情同意书参考指南》框架.....	6
二、 医疗知情同意书模版.....	7
1. 手术知情同意书模版.....	7
2. 特殊检查知情同意书模板.....	9
3. 特殊治疗知情同意书模板.....	11
三、 医疗知情同意书模板使用说明.....	13
1. 关于医疗知情同意书模板的名称.....	13
2. 关于知情同意书模板应囊括的告知内容.....	13
3. 具体条款使用说明.....	14
4. 五个医疗知情同意书参考样本.....	18
四、 医疗服务公共信息告知类参考样本.....	32
1. 医疗服务公共信息告知类参考样本框架.....	32
2. 医疗服务公共信息告知类参考样本.....	33
五、 医疗服务公共信息告知类参考样本使用说明.....	53
1. 医疗服务公共信息告知类参考样本的制定原则.....	53
2. 医疗服务公共信息告知类参考样本的使用说明.....	53
六、 临床分科知情同意书部分参考样本目录.....	58
七、 临床分科知情同意书部分参考样本目录使用说明.....	69

一、《医疗知情同意书参考指南》框架



二、医疗知情同意书模版

1. 手术知情同意书模版

手术知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，您有此手术适应症，医师特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中拟使用高值医用耗材和仪器、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等。帮助您了解相关知识，作出选择。

一般项目	患者姓名_____	性别_____	年龄_____
	科 室 _____	病房_____	病案号_____
医师告知	【术前诊断】 _____ _____。		
	【拟行手术指征及禁忌症】 _____ _____。		
	【替代医疗方案】（不同的治疗方案及手术方式介绍） 根据您的病情，目前我院主要有如下治疗方法和手术方式： _____ _____ _____ _____ _____。		
	【建议拟行手术名称】 _____		
	【手术目的】 _____		
	【手术部位】 _____		
	【拟行手术日期】 _____。		
	【拒绝手术可能发生的后果】 _____。		
	【患者自身存在高危因素】 _____ _____。		
	【高值医用耗材】 术中可能使用的高值医用耗材 _____		
	<input type="checkbox"/> 自费 <input type="checkbox"/> 部分自费 <input type="checkbox"/> 超过千元（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书）		
	【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】 <input type="checkbox"/> 1、 <input type="checkbox"/> 2、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 5、 <input type="checkbox"/> 6、		

	<p>□7、 □8、 □9、 □10、 其他：_____。</p> <p>我们将以高度的责任心，认真执行手术操作规程，做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施，一旦发生手术意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保救治完全成功，可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。</p> <p>【术后主要注意事项】_____。</p> <p>_____。</p> <p>我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。</p> <p>经治医师签字：_____ 签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____</p> <p>术者签字：_____ 签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____</p>
患者及委托代理人意见	<p>我及委托代理人确认：</p> <p>医师向我解释过我的病情及所接受的手术，并已就_____（请填第（ ）到（ ）项）医疗风险向我进行了详细说明。我了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、个体差异的影响，术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况；</p> <p>医师向我解释过其他治疗方式及其风险，我知道我有权拒绝或放弃此手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就我的病情、该手术及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。</p> <p>_____</p> <p>（请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”字样）</p> <p>我_____（填同意）接受该手术方案并愿意承担手术风险。</p> <p>并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，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。</p> <p>患者签字：_____ 委托代理人签字：_____</p> <p>签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____</p> <p>我_____（填不同意）接受该手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。</p> <p>患者签字：_____ 委托代理人签字：_____</p> <p>签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____</p>
备注	<p>如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。</p>

注：1、术前未能预料、未告知的情况，如手术方案更改、切除器官、腔镜手术改开刀手术等，应重新履行告知并签署知情同意书。

2、建议此知情同意书采用一式两份，患者方留存一份。

2. 特殊检查知情同意书模板

特殊检查知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您的病情，您有该检查的适应症，根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查是指有一定危险性，可能产生不良后果的检查；由于患者体质特殊或者病性危笃，可能对患者产生不良后果和危险的检查；临床试验性检查；收费可能对患者造成较大经济负担的检查。医师特向您详细介绍和说明如下内容：特殊检查项目名称、目的、费用、可能出现的并发症、风险及替代医疗方案，帮助您了解相关知识，作出选择。

一般项目	患者姓名_____	性别_____	年龄_____
	科 室 _____	病房_____	病案号_____
医师告知	【检查前诊断】 _____		
	【拟行检查指征及禁忌症】 _____		
	_____。		
	【不同的检查方案介绍】		
	根据您的病情，目前我院主要有如下几种检查方案：		

	_____。		
	【建议拟行检查名称】 _____。		
【检查目的】 _____。			
【拟行检查日期】 _____			
【拒绝检查可能发生的后果】 _____。			
【患者自身存在高危因素】 _____			
_____。			
【检查费用】 术中可能使用的高值医用耗材_____			

<input type="checkbox"/> 自费 <input type="checkbox"/> 部分自费 <input type="checkbox"/> 超过千元（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书）			
【检查可能出现的并发症、医疗风险】			
<input type="checkbox"/> 1、			
<input type="checkbox"/> 2、			
<input type="checkbox"/> 3、			
<input type="checkbox"/> 4、			
<input type="checkbox"/> 5、			
<input type="checkbox"/> 6、			
<input type="checkbox"/> 7、			

	<p>其他：_____。</p> <p>我们将以高度的责任心，认真执行检查操作规程，做好抢救物品的准备，针对可能发生的并发症做好应对措施及检查过程中的密切观察。该检查一般不会引起严重的并发症，出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果的情况很少，但由于医疗技术水平的局限性，个人体质的差异，医疗意外风险不能做到绝对避免，也可能出现不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。</p> <p>【检查后主要注意事项】_____。</p> <p>鉴于检查设备、条件、位置、体质等因素的影响，该特殊检查可能不能完成，有可能不能得出检查结果，或检查结果得出后仍无法作出明确诊断，需再做进一步的检查；且结果存在一定的误差率；检查结果需要医师结合临床综合判断。</p> <p>我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。</p> <p>经治医师签字：_____ 签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____</p>
患者及委托代理人意见	<p>我及委托代理人确认：</p> <p>医师向我解释过我的病情及所接受的特殊检查，并已就_____（请填第（ ）到（ ）项）医疗风险向我进行了详细说明。我了解该检查可能出现的风险和结果的不确定性等情况。</p> <p>医师也向我介绍过其他可替代检查方案及其风险，我也知道我有权拒绝或放弃此项检查，并知道由此带来的不良后果及风险；我已就我的病情、该检查及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。</p> <p>_____</p> <p>（请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”字样）</p> <p>我_____（填同意）接受该检查方案并愿意承担检查风险。</p> <p>并授权医师：在发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，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方案实施必要的抢救。</p> <p>患者签字：_____ 委托代理人签字：_____</p> <p>签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____</p> <p>我_____（填不同意）接受该检查方案，并且愿意承担因拒绝施行检查而发生的一切后果。</p> <p>患者签字：_____ 委托代理人签字：_____</p> <p>签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____</p>
备注	<p>如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。</p>

注：建议此知情同意书采用一式两份，患者方留存一份。

3. 特殊治疗知情同意书模板

特殊治疗知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您的病情，您有该治疗的适应症，根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊治疗是指有一定危险性，可能产生不良后果的治疗；由于患者体质特殊或者病性危笃，可能对患者产生不良后果和危险的治疗；临床试验性治疗；收费可能对患者造成较大经济负担的治疗。医师特向您详细介绍和说明如下内容：特殊治疗项目名称、目的、费用、可能出现的并发症、风险及替代医疗方案，帮助您了解相关知识，作出选择。

一般项目	患者姓名_____	性别_____	年龄_____
	科 室 _____	病房_____	病案号_____
医师告知	【治疗前诊断】 _____		
	【拟行治疗指征及禁忌症】 _____		
	_____。		
	【不同的治疗方案介绍】		
	根据您的病情，目前我院主要有如下几种治疗方案：		

	_____。		
	【建议拟行治疗名称】 _____。		
【治疗目的】 _____。			
【拟行治疗日期】 _____			
【拒绝治疗可能发生的后果】 _____。			
【患者自身存在高危因素】 _____			
_____。			
【治疗费用】 术中可能使用的高值医用耗材_____			

<input type="checkbox"/> 自费 <input type="checkbox"/> 部分自费 <input type="checkbox"/> 超过千元（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书）			
【治疗可能出现的并发症、医疗风险】			
<input type="checkbox"/> 1、			
<input type="checkbox"/> 2、			
<input type="checkbox"/> 3、			
<input type="checkbox"/> 4、			
<input type="checkbox"/> 5、			
<input type="checkbox"/> 6、			
<input type="checkbox"/> 7、			
其他： _____。			

	<p>我们将以高度的责任心，认真执行治疗操作规程，做好抢救物品的准备及治疗过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施，一旦发生意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保治疗完全成功，可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。</p> <p>【治疗后主要注意事项】_____。</p> <p>我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。</p> <p>经治医师签字：_____ 签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____</p>
患者及委托代理人意见	<p>我及委托代理人确认：</p> <p>医师向我解释过我的病情及所接受的治疗，并已就_____（请填第（ ）到（ ）项）医疗风险向我进行了详细说明。我了解治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道治疗是创伤性诊疗手段，由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响，可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况；</p> <p>医师向我解释过其他治疗方式及其风险，我知道我有权拒绝或放弃此治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就我的病情、该治疗及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。</p> <p>_____</p> <p>(请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”字样)</p> <p>我_____（填同意）接受该治疗方案并愿意承担治疗风险。</p> <p>并授权医师：在发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，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治疗方案实施必要的抢救。</p> <p>患者签字：_____ 委托代理人签字：_____</p> <p>签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____</p> <p>我_____（填不同意）接受该治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行治疗而发生的一切后果。</p> <p>患者签字：_____ 委托代理人签字：_____</p> <p>签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____</p>
备注	<p>如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。</p>

注：1、以治疗为目的，需先履行检查的，可在此告知书中一并填写。
2、建议此知情同意书采用一式两份，患者方留存一份。

三、医疗知情同意书模板使用说明

根据《侵权责任法》和《病历书写规范》的规定，共制定知情同意书模板 3 个，分别是：手术知情同意书模板、特殊检查知情同意书模板、特殊治疗知情同意书模板。

1. 关于医疗知情同意书模板的名称

不同专家学者对于知情同意书的名称有以下几种意见：知情同意书、知情决定书、告知书、告知同意书、手术治疗志愿书。倾向于知情同意书的专家学者占了绝大部分，由于目前医疗机构和社会大众已经习惯了知情同意书这个名称，且知情含有告知及同意含有决定的含义，所以经过讨论，听取了多方专家的意见，最终确定仍然沿用“知情同意书”。

2. 关于知情同意书模板应囊括的告知内容

在设计三个模板的告知内容时，首先包括法律法规所规定必须告知的内容，也即《侵权责任法》及卫生部《病历书写规范》规定需要告知的内容；其次结合了在实践中引发医疗纠纷比较普遍的知情同意的具体问题，在知情同意书模板中予以补充，具体项目包括：

手术知情同意书模板告知内容条款：术前诊断、拟行手术指征及禁忌症、替代医疗方案（不同的治疗方案及手术方式介绍）、建议拟行手术名称、手术目的、手术部位、拟行手术日期、拒绝手术可能发生的后果、患者自身存在高危因素、高值医用耗材、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、术后主要注意事项等。

特殊检查、特殊治疗知情同意书模板告知内容条款：特殊检查（治疗）前诊断、拟行检查（治疗）指征及禁忌症、不同的检查（治疗）方案介绍、建议拟行检查（治疗）名称、拟行检查（治疗）日期、检

查（治疗）目的、拒绝检查（治疗）可能发生的后果、患者自身存在高危因素、检查（治疗）费用、检查（治疗）可能出现的并发症、医疗风险、检查治疗后主要注意事项等。

3. 具体条款使用说明

此部分是将手术知情同意书、特殊检查知情同意书、特殊治疗知情同意书三个模板中含义类同的条款放在一个栏目进行说明。

(1) 【术前（检查、治疗前）诊断】

此条款需医师写明对患者术前（特殊检查、治疗前）诊断，包括两方面内容：一是患者的主要症状及主观表述，也即患者就诊的主诉；二是医师对患者病情的主要诊断印象及疾病特征需向患者告知说明。

(2) 【拟行手术（检查、治疗）指征及禁忌症】

此条款需医师写明患者需要进行该手术原因（特殊检查、治疗）的适应症，以及该手术（特殊检查、治疗）的禁忌症。

(3) 【替代医疗方案】（不同的治疗方案及手术方式介绍）

此条款包括三部分内容：一是对选定手术、特殊检查、治疗方案的方法、效果、预后，医师应当向患者方详细介绍；二是对本疾病还有的其他治疗、检查、方案和方式、效果、预后，与医师推荐的治疗、检查方案的比较介绍，特别需要告知患者，本院能够开展的手术和替代手术及检查治疗方案的优缺点、技术水平和效果评价等实际情况。三是各种手术方式的优缺点、难易度、风险度、适合性等，尤其推荐手术方式与其他替代手术方式的比较介绍，例如开腹手术、腹腔镜手术等，因手术方式明显不同，且对患者的预后有明显差别的情况下，医师应向患者详细介绍，甚至画图说明供患者明确选择。

(4) 【建议拟行手术（检查、治疗）名称】

此条款是根据病人的具体病情，经治医师提出的诊治建议，为医师向患者推荐并准备实施的手术、检查、治疗方案及名称。

(5) 【手术（检查、治疗）目的】

请医师明确该项诊疗活动的目的，为患者解决什么问题，达到什么治疗目的，让患者明确。如明确诊断、缓解症状、减轻疼痛、消除病因、切除病灶、改善功能、延长生命、不能根治等。

(6) 【手术部位】

此条款需由医师写明该手术的具体部位：如切除的器官、肢体左右、上下、前后等，请患者进行确认，并进一步提示强化手术部位，术前严格核对，避免发生手术错位的严重后果。

(7) 【拟行手术（检查、治疗）日期】

此条款需医师写明拟行该手术（特殊检查、治疗）的时间，实际上是告知患者给其较多的考虑和选择的时间和心理准备，同时也是提醒医师做好术前准备。

(8) 【拒绝诊疗活动可能发生的后果】

此条款需由医师写明患者不施行该诊疗活动可能发生的不良后果，并向患者反复详尽告知。应将可能发生的严重后果，尽量在此栏中写明。如不能明确诊断、病情恶化、延误治疗、影响后续的诊疗，可能发生死亡后果等。

(9) 【患者自身存在高危因素】

此条款强调的是由于患者自身特殊体质、条件或者其他疾病对手术、特殊检查、特殊治疗的预后有可能造成不利影响，增加手术或治疗过程中的风险，或影响检查结果的准确度，应由医师注明。如：高龄、肥胖、糖尿病、高血压、心脏病、肝病、肝功能异常、肾病、血

液病、胶原病、过敏体质等等，既达到提醒医师注意，又告知患者认识和理解治疗中自身的高危因素。

(10) 【高值医用耗材】

随着新技术的发展，现代诊疗中，越来越多的使用一次性的高值耗材，价格昂贵，社会医疗保障只是部分报销或不予报销。在实践中，患者常常因为术中使用高值耗材或仪器，医师未事先告知而引发纠纷，卫生部也提出使用超出千元以上的医用耗材必须签字。故特设该条款提请医师注意，向患者说明需要使用的高值耗材，其功能、优缺点、效果、风险以及费用。如术中可能使用的高额药物、支架、导管、钢板、起搏器等。既是部分自费也是超出千元项目。此条款主要目的是提示医师将术中可能使用的高值医用耗材列明在知情同意书中。如该医用耗材超过千元，应同时勾选自费或部分自费及超过千元选项，如该医用耗材不超过千元，只需勾选自费或部分自费选项。另注意：此条款只是起到一个提示作用，如果患者使用医用高值耗材，需另填写使用自费药品和高值医用耗材告知同意书。

(11) 【术中或术后（检查、治疗）可能出现的并发症、手术风险】

按相关法律规定，应由经治医师和麻醉医师将手术、麻醉，术中、术后可能发生的主要并发症、重大风险、近期和远期效果、旧病复发或加重等严重后果尽量逐条写清，可能无法穷尽，重在信任理解，善用智慧沟通。可参考临床医疗知情同意书样本的内容。

关于术中术后的预防和抢救措施，基于每一个手术均需要有常规的预防和抢救准备，存在医疗风险、难以避免、难以预见的并发症以及医生不能给予成功和满意的承诺，故以格式化的形式将这些内容予以表达，减轻每位医生都必须书写的工作量。

(12) 【术后（检查、治疗后）主要注意事项】

此条款主要指对手术（特殊检查、治疗）后可能发生并发症的应对措施和有利恢复的保护性重要事项需向患者告知，提醒注意。如特殊体位、禁食、维护各种管道、压迫大血管穿刺部位的时间和方式、何时下地活动、何时开始康复训练、进食时间、肠道准备、防止虚脱发生的措施等，有利于医师注意和患者的知情配合。

(13) 【关于医师签字部分说明】

此条款是在医师告知后，医师确认自己已履行了告知义务，由与患者告知沟通的具有医师资质的医师签字。

(14) 【关于患者签字部分说明】

此条款是在医师向患者告知说明后，请患者作出选择，并表明自己态度，故要求患者或家属或代理人亲笔书写：“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”，建议医师也可以加上“医师已将可能出现的并发症和风险的第（）项到（）项告知我”同意授权医师手术、检查、治疗。要求患者手写部分，主要针对一旦发生诉讼，患者对签字和内容不认可，保证签字的效力。

患者通常会有两种意见，同意或者不同意，此处应由患者自行选择，并按模版格式要求签字确认。不同意时应请患者注明原因医师告知后做出的选择，说明患者理解告知内容。

患者代签字部分：此类情况有两类，一是患者本人具有行为能力，但其希望家属代替其签字，这类情况需在患者入院时签订授权委托书，授权委托一名具有完全民事行为能力人代理自己在诊疗期间，对需要作出与诊疗相关知情选择决定的问题签字。此时医师可以向患者授权委托书所授权人进行告知并请其签字。二是在患者意识不清楚的情况

下，医师按照法律规定应向该患者的近亲属告知说明，并请其签字。

签字时间地点：为规范医师的告知行为，保证医师尽可能充分履行告知义务，避免纠纷，也作为凭证。在此模板上，我们突出设计需要医患双方均填写告知的地点，时间需精确到时分。如医师办公室、患者病房。2010年9月13日15点15分。

(15) 【关于备注部分说明】

当患者或其委托人拒绝在医疗知情同意书上签字时，医师应详细描述当时情况，如有见证人在场可请其一并签字备案为凭。

(16) 【注：术前未能预料、未告知的情况，如手术方案更改、切除器官、腔镜手术改开刀手术等，应重新履行告知并签署知情同意书。】

此条款是指若术中出现术前未考虑到、未告知的情况，必须重新告知，并签署知情同意书。术前已经考虑需依据术中情况进行手术，或行检查后立即手术，在术前已经详细告知，患者已经表示清楚同意，可不必再行签字。如腹腔镜手术切除胆囊，术前告知腹腔镜手术不成功须转开腹手术，并已告知开腹手术的相关并发症及风险，患者同意签字。术中发生需要转开腹情况，可不必再签字。

(17) 【注：建议此知情同意书采用一式两份，患者方留存一份。】

鉴于诉讼中大多数患者不承认知情同意书的真实性，法官建议将知情同意书制作成一式两份，复写后患者留存一份，病历中留存一份，以减少不必要的纠纷。

(18) 【注：以治疗为目的，需先履行检查的，可在此告知书中一并填写】

如，经皮冠脉介入治疗的同时应先进行冠脉造影，确定病变部位后，植入支架，在此治疗中的冠脉造影所发生的并发症、检查风险等

告知内容应和支架植入术一并告知患者。

4. 五个医疗知情同意书参考样本

为帮助医院医务人员更好使用和书写医疗知情同意书，特选择内科、外科部分医疗知情告知书，按照课题组设计的模板具体病例套用，各医院可根据医院自己情况在此模板基础上参考使用，从医、患、法三方的角度，从规范医疗行为，完善告知义务，加强医患沟通，减少医疗纠纷，和谐医患关系大局出发，不断改进，尽量完善。

	<p>□3、术中视具体情况决定术式。</p> <p>□4、术中可能损伤精索，肠管，膀胱，股静脉等。</p> <p>□5、术后可能导致性功能障碍。</p> <p>□6、术后呼吸，循环，肝，肾等多脏器功能异常，甚至衰竭。</p> <p>□7、术后切口积液，感染，愈合不良。</p> <p>□8、术后出血，必要时二次手术。</p> <p>□9、术后阴囊坠胀。</p> <p>□10、术后疝复发。</p> <p>□11、术后下肢皮肤水肿。</p> <p>□12、术后切口周围皮肤感觉异常。</p> <p>□13、术后患者有异物感，伤口疼痛。</p> <p>□14、术后下肢深静脉血栓形成，心，脑，肾，肺等重要器官栓塞。</p> <p>其他：_____。</p> <p>我们将以高度的责任心，认真执行手术操作规程，做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施，一旦发生手术意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保救治完全成功，可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。</p> <p>【术后主要注意事项】 停药两周抗凝血药后再考虑手术，直到术后无出血倾向后再遵医嘱开始服用。可早期下地，但不过度活动。术后第二天开始训练膀胱，注意阴囊水肿。</p> <p>我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托人已知并理解了上述信息。</p> <p>经治医师签字：<u>高某</u> 签字时间：<u>2010年10月12日10时30分</u> 签字地点：<u>医师办公室</u></p> <p>术者签字：<u>闻某</u> 签字时间：<u>2010年10月12日16时20分</u> 签字地点：<u>医师办公室</u></p>
患者及委托人意见	<p>我及委托人确认：</p> <p>医师向我解释过我的病情及所接受的手术，并已就第<u>1</u>到<u>14</u>项（请填写（ ）到（ ）项）医疗风险向我进行了详细说明。我了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、个体差异的影响，术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况；</p> <p>医师向我解释过其他治疗方式及其风险，我知道我有权拒绝或放弃此手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就我的病情、该手术及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。</p> <p>我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明_____</p> <p>（请患者或委托人注明我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明字样）</p> <p>我_____（填同意）接受该手术方案并愿意承担手术风险。</p> <p>并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，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。</p> <p>患者签字：_____ 委托代理人签字：_____</p> <p>签字时间：____年__月__日__时__分 签字地点：_____</p> <p>我不同意（填不同意）接受该手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。</p> <p>患者签字：_____ 委托代理人签字：_____ <u>张某（夫妻关系）</u></p> <p>签字时间：<u>2010年10月12日11时00分</u> 签字地点：<u>医师办公室</u></p>

备注	如果患者或委托人拒绝签字，请医生在此栏中说明。 患者本人不同意手术但拒绝签字，认为风险太大，医生又不能承诺任何风险可以百分百避免，已详细告知不做手术的严重后果及保守治疗的各种方法和注意事项，特别是发生嵌顿后应尽快到医院诊治等医嘱，但其委托人理解并签字，特此说明。 告知医师：高某 闻某 2010.10.12.11时15分
----	--

注：1、术前未能预料、未告知的情况，如手术方案更改、切除器官、腔镜手术改开刀手术等，应重新履行告知并签署知情同意书。

2、建议此知情同意书采用一式两份，患者方留存一份。

腹腔镜胆囊切除手术知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，您有此手术适应症，医师特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中拟使用高值医用耗材和仪器、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等。帮助您了解相关知识，作出选择。

一般项目	患者姓名 <u>王某</u> 性别 <u>女</u> 年龄 <u>35</u>
	科 室 <u>普外</u> 病房 <u>外一</u> 病案号 <u>123478</u>
医师告知	【术前诊断】 <u>胆囊结石 右上腹隐痛间断发作两年，无发热黄疸史。 胶原病缓解期。</u>
	【拟行手术指征及禁忌症】 <u>慢性胆囊炎反复发作药物保守治疗无效且有加重趋势，胆囊结石，无胆囊萎缩。肥胖， 皮质激素治疗胶原病影响抗感染效果，有胆囊坏疽穿孔腹膜炎和胰腺炎的危险 。无手术禁忌症。</u>
	【替代医疗方案】 （不同的治疗方案及手术方式介绍） 根据您的病情，目前我院主要有如下治疗方法和手术方式： <u>经腹腔镜胆囊切除术——胆囊壁无增厚，收缩功能尚可，界限清晰，患者抗感染能力差微创伤口 减少感染机会，胶原病缓解期，停用激素一月余，在医学常规原则允许下尊重患者主观选择腹腔镜手术的意愿。</u> <u>开腹胆囊切除术——由于上述原因不适宜腹腔镜手术且患者拒绝腹腔镜手术。</u>
	<u>胆囊切开取石术——该手术目前是探索性手术，重点是关于再生结石和发生癌变的理论缺乏依据及实证研究，学术界主流不提倡实行该手术，且存在取石不净、胆瘘、诱发胰腺炎等并发症，对自身条件特殊而又无可靠依据经验积累的情况下应慎重选择。</u>
	【建议拟行手术名称】 <u>腹腔镜胆囊切除术</u>
	【手术目的】 <u>去除病灶，缓解症状，减少因反复感染诱发或影响胶原病的治疗因素</u>
	【手术部位】 <u>上腹部</u>
	【拟行手术日期】 <u>2010.10.17</u> 。
	【拒绝手术可能发生的后果】 <u>功能改变，病情加重，继发胰腺炎，癌变 ，在应用激素治疗胶原病期间胆囊炎发作治疗将更加困难，手术风险更大。</u>
	【患者自身存在高危因素】 <u>胶原病，肥胖 。</u>
【高值医用耗材】 术中可能使用的高值医用耗材 <input type="checkbox"/> 自费 <input checked="" type="checkbox"/> 部分自费 <input checked="" type="checkbox"/> 超过千元（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书）	
【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】 <input type="checkbox"/> 1、麻醉意外见麻醉知情同意书。心脑血管意外。 <input type="checkbox"/> 2、术中周围组织脏器损伤及相应并发症，肝脏、胆道损伤（胆汁性腹膜炎、肝胆管狭窄、黄疸、胆管炎等） <input type="checkbox"/> 3、术中因粘连重、解剖变异、肿瘤等因素而中转开腹手术可能。 <input type="checkbox"/> 4、皮下气肿、气胸、空气栓塞、高碳酸血症。	

	<p> <input type="checkbox"/>5、术后结石复发，胆管残留结石。 <input type="checkbox"/>6、术后出血，需二次手术。 <input type="checkbox"/>7、术后腹腔感染，且有诱发或加重胶原病之风险。 <input type="checkbox"/>8、术后呼吸、泌尿系统感染，下肢深静脉血栓形成。 <input type="checkbox"/>9、术后腹痛症状可能不缓解。 <input type="checkbox"/>10、胆囊切除术后综合症（长期腹泻、疼痛症状不缓解） <input type="checkbox"/>11、粘连性肠梗阻。 <input type="checkbox"/>12、切口积液、血肿、感染、愈合延迟、切口疝。 其他：_____。 </p> <p>我们将以高度的责任心，认真执行手术操作规程，做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施，一旦发生手术意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保救治完全成功，可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。</p> <p>【术后主要注意事项】 按医嘱时间进食。早期下地活动。注意皮肤巩膜有无黄染。</p> <p>我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托人已知并理解了上述信息。</p> <p>经治医师签字：<u>高某</u> 签字时间：<u>2010年10月15日14时30分</u> 签字地点：<u>医师办公室</u></p> <p>术者签字：<u>闻某</u> 签字时间：<u>2010年10月15日15时10分</u> 签字地点：<u>医师办公室</u></p>
患者及委托人意见	<p>我及委托人确认：</p> <p>医师向我解释过我的病情及所接受的手术，并已就 <u>第1到12项</u>（请填第（ ）到（ ）项）医疗风险向我进行了详细说明。我了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、个体差异的影响，术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况；</p> <p>医师向我解释过其他治疗方式及其风险，我知道我有权拒绝或放弃此手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就我的病情、该手术及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。</p> <p>_____我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明</p> <p>（请患者或委托人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”字样）</p> <p>我 <u>同意</u>（填同意）接受该手术方案并愿意承担手术风险。</p> <p>并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，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。</p> <p>患者签字：<u>王某</u> 委托人签字：_____</p> <p>签字时间：<u>2010年10月15日15时15分</u> 签字地点：<u>医师办公室</u></p> <p>我 _____（填不同意）接受该手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。</p> <p>患者签字：_____ 委托代理人签字：_____</p> <p>签字时间：____年__月__日__时__分 签字地点：_____</p>
备注	如果患者或委托人拒绝签字，请医生在此栏中说明。

注：1、术前未能预料、未告知的情况，如手术方案更改、切除器官、腔镜手术改开刀手术等，应重新履行告知并签署知情同意书。

2、建议此知情同意书采用一式两份，患者方留存一份。

甲状腺癌手术知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，您有此手术适应症，医师特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中拟使用高值医用耗材和仪器、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等。帮助您了解相关知识，作出选择。

一般项目	患者姓名 林某	性别 男	年龄 75
	科 室 普通外科	病房 外一病房	病案号 123456
医师告知	【术前诊断】 甲状腺癌 颈前肿物半年，伴声音嘶哑两周。		
	【拟行手术指征及禁忌症】 恶性肿瘤，无远处转移，药物保守治疗无效，切除肿瘤是首选治疗方式，无手术禁忌症。		
	【替代医疗方案】 （不同的治疗方案及手术方式介绍） 根据您的病情，目前我院主要有如下治疗方法和手术方式： 1、肿瘤中期、局部侵犯神经及颈部、对侧可疑病变、应行甲状腺全切除术 含淋巴清扫； 2、局限单侧、肿瘤小于2公分、未发现淋巴转移、对侧未发现病变的情形，可行甲状腺一叶全切除及峡部切除，或一叶全切及对侧叶部分切除。 3、放疗、化疗、介入、离子、碘131治疗 这些方式针对不同病人在切除肿瘤术前术后个性化采用有助于防止癌症转移提高治愈率，或晚期无法手术、或拒绝手术者采用，但效果不如手术方式，且有较大副作用，如造成周围重要器官损伤，影响全身代谢功能，加大手术难度和风险，有些肿瘤生物特性决定采用上述非手术疗法效果不好等。		
	【建议拟行手术名称】 甲状腺全切除术 区域淋巴结清扫		
	【手术目的】 确认诊断，病理结果指导选择进一步辅助治疗最佳方案，去除病灶，缓解症状，防止转移或复发，延长生命。		
	【手术部位】 颈部 双侧甲状腺及区域淋巴结		
	【拟行手术日期】 2010.09.25		
	【拒绝手术可能发生的后果】 功能改变，病情加重，癌症扩散失去手术治疗时机，不能得到有针对性的病理依据，以指导进一步的化疗或放疗。		
	【患者自身存在高危因素】 75岁高龄，高血压，心脏病，糖尿病		
	【高值医用耗材】 术中可能使用的高值医用耗材 <input type="checkbox"/> 自费 <input checked="" type="checkbox"/> 部分自费 <input type="checkbox"/> 超过千元（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书）		
【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】 <input type="checkbox"/> 1、麻醉意外，详见麻醉知情同意书。 <input type="checkbox"/> 2、围手术期心、脑血管意外 <input type="checkbox"/> 3、术中视具体情况决定切除范围，行根治性手术或姑息切除。			

	<p>□4、术中可能损伤颈部血管导致出血。</p> <p>□5、术中可能损伤喉上、喉返神经导致声音嘶哑。</p> <p>□6、声带活动不佳不缓解，严重者声音嘶哑，失声。</p> <p>□7、术后可能呼吸困难，窒息。必要时需行气管切开插管手术。</p> <p>□8、术中可能切除甲状旁腺导致术后低钙。有可能终生服药。</p> <p>□9、术后甲状腺功能低下。有可能终生服药。</p> <p>□10、术后出血需二次手术。</p> <p>□11、术后切口感染、愈合不良、伤口粘连、瘢痕疙瘩等影响美观。</p> <p>□12、肿瘤可能复发、转移，需再次手术。</p> <p>其他：_____。</p> <p>我们将以高度的责任心，认真执行手术操作规程，做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施，一旦发生手术意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保救治完全成功，可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。</p> <p>【术后主要注意事项】_____颈后有无渗血，有无呼吸困难，有无口角麻木，抽搐，饮水呛咳等。</p> <p>我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托人已知并理解了上述信息。</p> <p>经治医师签字：__高某_ 签字时间：2010年09月23日10时30分 签字地点：__医生办公室_</p> <p>术者签字：__闻某_ 签字时间：2010年09月23日16时10分 签字地点：__医师办公室_</p>
患者及委托人意见	<p>我及委托人确认：</p> <p>医师向我解释过我的病情及所接受的手术，并已就第<u>1</u>到<u>12</u>项（请填第（ ）到（ ）项）医疗风险向我进行了详细说明。我了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、个体差异的影响，术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况；</p> <p>医师向我解释过其他治疗方式及其风险，我知道我有权拒绝或放弃此手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就我的病情、该手术及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。</p> <p>我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明_____</p> <p>（请患者或委托人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”字样）</p> <p>我<u>同意</u>（填同意）接受该手术方案并愿意承担手术风险。</p> <p>并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，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。</p> <p>患者签字：__林某__ 委托人签字：__林某某（父子关系）__</p> <p>签字时间：2010年9月23日16时15分 签字地点：__医师办公室__</p> <p>我_____（填不同意）接受该手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。</p> <p>患者签字：_____ 委托代理人签字：_____</p> <p>签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____</p>
备注	<p>如果患者或委托人拒绝签字，请医生在此栏中说明。</p>

注：1、术前未能预料、未告知的情况，如手术方案更改、切除器官、腔镜手术改开刀手术等，应重新履行告知并签署知情同意书。

2、建议此知情同意书采用一式两份，患者方留存一份。

腹腔穿刺检查知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，您有该检查的适应症，根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查是指有一定危险性，可能产生不良后果的检查；由于患者体质特殊或者病性危笃，可能对患者产生不良后果和危险的检查；临床试验性检查；收费可能对患者造成较大经济负担的检查。医师特向您详细介绍和说明如下内容：特殊检查项目名称、目的、费用、可能出现的并发症、风险及替代医疗方案，帮助您了解相关知识，作出选择。

一般项目	患者姓名 <u>赵某某</u> 性别 <u>男</u> 年龄 <u>46</u> 科 室 <u>内科</u> 病房 <u>五</u> 病案号 <u>123456</u>
医 师 告 知	<p>【检查前诊断】腹水原因待查，腹部膨胀一月，有黑便二次</p> <p>【拟行检查指征及禁忌症】腹水原因不清，诊断不明确，无肠梗阻体征，无腹穿禁忌症</p> <p>【不同的检查方案介绍】</p> <p>根据您的病情，目前我院主要有如下几种检查方案：</p> <p><u>腹腔穿刺，通过抽取腹水检验。</u></p> <p><u>B超检查，有局限性，不易确定病因。</u></p> <p><u>开腹探查 创伤和损伤大，加重病情，在目前的影像学和各种临床检验都不能诊断时不得以才选择此方式。</u></p> <p>【建议拟行检查名称】<u>腹腔穿刺</u></p> <p>【检查目的】<u>了解腹水性质，寻找肿瘤细胞，结核菌，细菌，出血及有助诊断的证据，快速作出诊断，争取治疗时机。</u></p> <p>【拟行检查日期】<u>2010.09.10</u></p> <p>【拒绝检查可能发生的后果】<u>延误诊断、治疗，增加痛苦，加剧病情发展，危及生命</u></p> <p>【患者自身存在高危因素】<u>心电图不正常，PT 延长</u></p> <p>【检查费用】术中可能使用的高值医用耗材_____</p> <p><input type="checkbox"/> 自费 <input checked="" type="checkbox"/> 部分自费 <input type="checkbox"/> 超过千元（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书）</p> <p>【检查可能出现的并发症、医疗风险】</p> <p><input type="checkbox"/> 1、疼痛、出血、感染</p> <p><input type="checkbox"/> 2、麻醉药物过敏，药物毒性反应</p> <p><input type="checkbox"/> 3、心脑血管意外</p> <p><input type="checkbox"/> 4、穿刺损伤肠管，发生肠瘘，甚至需要进行开刀手术处理</p> <p><input type="checkbox"/> 5、损伤其他重要脏器，如膀胱、肝脏等</p> <p><input type="checkbox"/> 6、穿刺结果仍不能明确诊断</p> <p>其他：_____。</p> <p>我们将以高度的责任心，认真执行检查操作规程，做好抢救物品的准备，针对可能发生的并发症做好应对措施及检查过程中的密切观察。该检查一般不会引起严重的并发症，出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果的情况很少，但由于医疗技术水平的局限性，个人体质的差异，医疗意外风险不能做到绝对避免，也可能出现不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。</p>

	<p>【检查后主要注意事项】避免伤口遇水感染，注意观察血压脉搏，腹部疼痛性质</p> <p>鉴于检查设备、条件、位置、体质等因素的影响，该特殊检查可能不能完成，有可能不能得出检查结果，或检查结果得出后仍无法作出明确诊断，需再做进一步的检查；且结果存在一定的误差率；检查结果需要医师结合临床综合诊断。</p> <p>我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。</p> <p>经治医师签字：曹某 签字时间：2010年9月10日16时00分 签字地点：医办</p>
患者及委托代理人意见	<p>我及委托代理人确认：</p> <p>医师向我解释过我的病情及所接受的特殊检查，并已就第1到6项（请填第（）到（）项）医疗风险向我进行了详细说明。我了解该检查可能出现的风险和结果的不确定性等情况。</p> <p>医师也向我介绍过其他可替代检查方案及其风险，我也知道我有权拒绝或放弃此项检查，并知道由此带来的不良后果及风险；我已就我的病情、该检查及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。</p> <p>我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明 (请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”字样)</p> <p>我同意（填同意）接受该检查方案并愿意承担检查风险。</p> <p>并授权医师：在发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，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方案实施必要的抢救。</p> <p>患者签字：赵某某 _____ 委托代理人签字： _____</p> <p>签字时间：2010年9月10日16时30分 签字地点：医办</p> <p>我 _____（填不同意）接受该检查方案，并且愿意承担因拒绝施行检查而发生的一切后果。</p> <p>患者签字： _____ 委托代理人签字： _____</p> <p>签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点： _____</p>
备注	<p>如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。</p>

注：建议此知情同意书采用一式两份，患者方留存一份。

【患者自身存在高危因素】高血压；合并心功能不全；合并糖尿病

【治疗费用】术中可能使用的高值医用耗材_____

自费 部分自费 超过千元（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书）

【治疗可能出现的并发症、医疗风险】

- 1、造影剂及麻醉剂过敏，严重者可致过敏性休克危及生命
- 2、穿刺部位（双侧腹股沟区）出血、血肿、感染；血管内血栓形成或栓塞，血栓脱落可致肺栓塞，严重者危及生命；穿刺动脉形成假性动脉瘤或动静脉瘘、腹膜后血肿，致卧床时间延长，严重者须外科手术治疗；术中损伤股神经等神经组织
- 3、导引、导丝、导管在推送过程中损伤血管内膜出现夹层、血栓甚至血管穿孔，导管、导丝出现打折、打结、折断等必要时需外科手术处理
- 4、夹层导致心绞痛或心肌梗死，严重者危及生命
- 5、导管刺激诱发恶性心律失常（室速、室颤等），需紧急抢救；严重者危及生命
- 6、导管刺激冠状动脉，引起冠状动脉痉挛，导引钢丝、球囊扩张及支架植入扩张时可致冠状动脉夹层、破裂、穿孔、导致心肌梗死或造成急性心包填塞
- 7、支架在推送过程中发生脱落，严重者危及生命
- 8、经皮冠状动脉介入治疗（PTCA）及支架植入后发生支架内血栓形成，导致急性心肌梗死，严重者危及生命；术后支架内再狭窄须再次手术
- 9、应用抗凝、抗血小板制剂及冠状动脉内溶栓药物使全身出血风险增加，可发生脑出血、消化道出血及穿刺部位血肿等，严重者危及生命
- 10、急诊 PCI 手术中可能出现无复流（血管无解剖性狭窄，但无血流通过），发生率约 10-15%
- 11、应用造影剂可导致造影剂肾病而需透析治疗
- 12、血管闭合器应用失败
- 13、其他难以预料的意外情况，如造影机器故障等
- 14、手术不成功；支架不能通过，但所需费用须患者自行承担
- 15、在手术中发生中不可预见的情况下，患方授权医生可以采取必要的附加操作或变更手术方案等紧急处置措施
- 16、高血压，合并心衰，手术风险高

其他：_____。

我们将以高度的责任心，认真执行治疗操作规程，做好抢救物品的准备及治疗过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施，一旦发生意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保治疗完全成功，可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。

【治疗后主要注意事项】密切注意血压、脉搏、呼吸、体温 重要生命体征的变化，大腿穿刺部位在医师指导下有效适当压迫，注意观察出血倾向，如皮肤紫癜，牙龈出血，按医嘱开始进食，下地活动等。

我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

经治医师签字：李某 签字时间：2010年8月20日18时10分 签字地点：医办

我及委托代理人确认：

医师向我解释过我的病情及所接受的治疗，并已就第1到16项 请填第（ ）到（ ）项）医疗风险向我进行了详细说明。我了解治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道治疗是创伤性诊疗手段，由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响，可能发生医疗意外及存在医师不

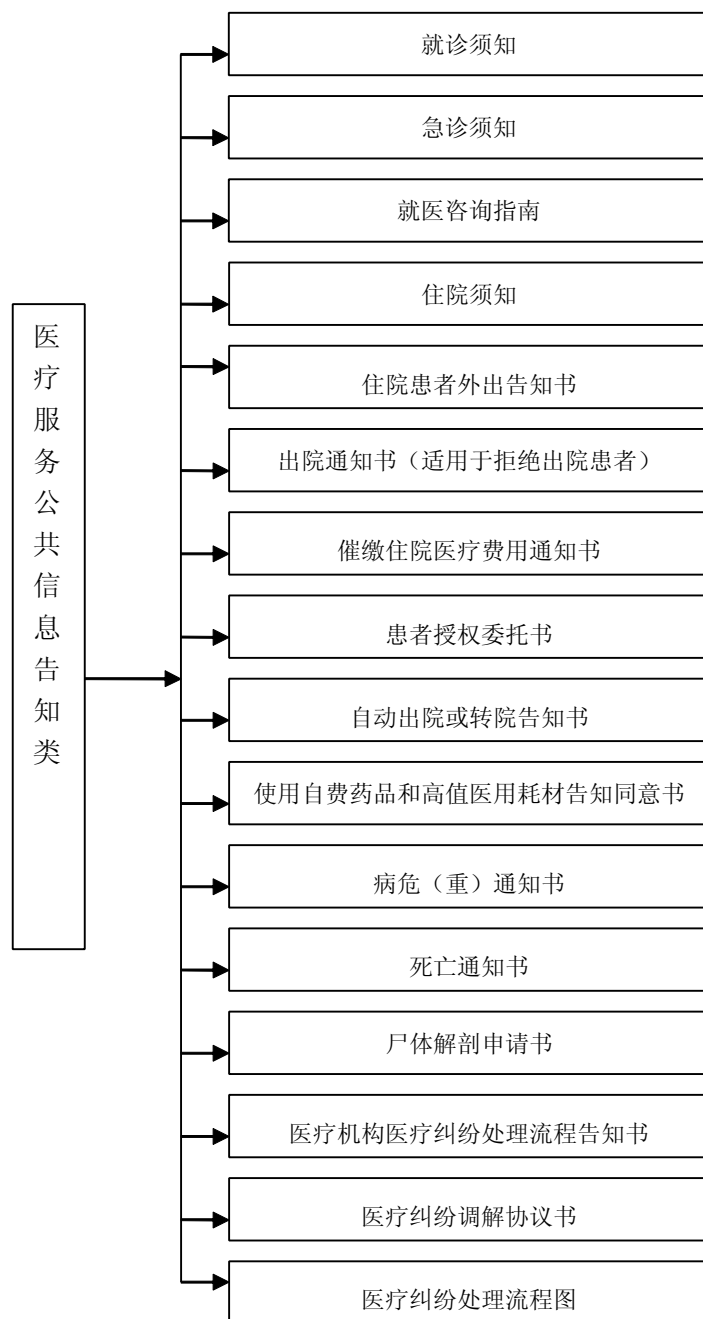
患者及委托代理人意见	<p>可事先预见的危险情况；</p> <p>医师向我解释过其他方式及其风险，我知道我有权拒绝或放弃此治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就我的病情、该治疗及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。</p> <p>我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明</p> <p>(请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”字样)</p> <p>我同意（填同意）接受该治疗方案并愿意承担治疗风险。</p> <p>并授权医师：在发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的治疗方案实施必要的抢救。</p> <p>患者签字：_____ 委托代理人签字：<u>张某（母子关系）</u></p> <p>签字时间：<u>2010年8月20日18时40分</u> 签字地点：<u>医办</u></p> <p>我_____（填不同意）接受该治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行治疗而发生的一切后果。</p> <p>患者签字：_____ 委托代理人签字：_____</p> <p>签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____</p>
备注	<p>如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。</p>

注：1、以治疗为目的，需先履行检查的，可在此告知书中一并填写。

2、建议此知情同意书采用一式两份，患者方留存一份。

四、医疗服务公共信息告知类参考样本

1. 医疗服务公共信息告知类参考样本框架



2. 医疗服务公共信息告知类参考样本

(1) 就诊须知

就诊须知

尊敬的患者：

感谢您选择到我院就诊。医院是为患者提供预防保健及诊治疾病的场所，我们的宗旨是为广大患者提供优质的医疗诊治服务。为了使您早日恢复健康，为使您和其他患者以及医务人员的合法权益得到保障，特此向您告知如下内容：

一、就诊中，根据相关法律规定，您享有如下权利：

- 1、您将获得我院提供的医疗救治或预防保健服务；
- 2、根据《民法通则》的规定，您可以授权具有完全民事行为能力的人代您行使相关的诊疗选择决定权。
- 3、您可以了解您的病情发展、疾病诊断、医师建议的诊疗方案、诊疗效果及预后等相关情况；
- 4、您可以对医师建议的诊疗方案做出选择和决定，并可以提出相关的诊疗建议；
- 5、您可以了解处方药物的名称、价格及所选药物的毒副作用，并对医师建议使用的药物作出选择；
- 6、您可以就与您疾病相关的一切问题向医务人员进行询问和咨询，行使您的就医自主权；
- 7、您可以要求医务人员对您的病情进行保密，我们会尊重您的隐私；
- 8、您可以查阅、复制法律规定范围内的病历资料；
- 9、您可以拒绝未经您同意进行的临床实验和医学教学诊疗行为。
- 10、您可以授权医师对手术切除的病变器官、组织和取出的标本、物品进行适当处置，包括病理检查、科学研究和按医疗废物处理等。
- 11、您可以按照社会医疗保障的相关规定，持卡报销医药费用。
- 12、若您对我们的医疗服务不满意，您可以向您的经治医师、主管科室主任提出，也可以向医院投诉管理部门进行投诉。
- 13、按照《侵权责任法》第54条规定，您在诊疗活动中受到损害，医疗机构及其医务人员有过错的，由医疗机构承担赔偿责任。

二、在您享有上述权利的同时，根据法律规定，您还负有如下义务：

- 1、请您提供真实的个人基本信息，包括您的姓名、年龄、住址及医疗保险报销类别等；
- 2、请您向医务人员详尽如实提供与您健康有关的一切情况，包括本次患病的基本情况、既往病史及诊治经过、药物过敏史及其他有关详细情况；
- 3、您需要进行手术、特殊检查、特殊治疗、实验性医疗时，在医师充分告知的前提下，请您签署知情同意书。文书一经自愿签署，即具有相应法律效力，您应慎重、正确行使自己的就医选择权；
- 4、请您遵从医师的医嘱，积极配合治疗，不能擅自用药和使用治疗设备，为保证您恢复健康，请您定期复诊；
- 5、请您及时足额缴纳医药费用；
- 6、请您遵守诊疗过程中医院的相关管理规定，维护医院诊疗服务正常秩序；
- 7、如果您在本院被确诊为法定传染病，医院将依法规定对您采取相应的诊疗措施，或限制您的某些人身自由，请您予以配合；
- 8、请您尊重医务人员的人格权、人身权，并且尊重其他患者的隐私权；
- 9、请您自觉维护医院公共场所安全、清洁、安静，爱护公共财产设施，不吸烟喝酒，不干扰其他患者诊疗，保护好个人安全和贵重物品。
- 10、在取得您同意的前提下，请您配合临床试验和实习教学。
- 11、为及时抢救急、危重病人，需要换床、借床、换房时，请您积极配合，由此造成的不便和打扰恳请谅解。

(2) 急诊须知

急诊须知

尊敬的患者：

感谢您选择到我院就诊。医院是为患者提供预防保健及诊治疾病的场所，我们的宗旨是为广大患者提供优质的医疗诊治服务。为了使您早日恢复健康，为使您和其他患者以及医务人员的合法权益得到保障，特此向您告知如下内容：

1、您到达我院急诊室的时间是____年____月____日____时____分。

您目前的病情状态为： 危急 病重 半紧急 普通急诊

2、因就诊患者较多，本急诊室将依据患者的病情严重程度和来诊的登记时间的顺序轮候决定就诊次序。

3、有些疾病患者虽有痛苦的症状，但在没有确诊之前，医师不能随意采取治疗措施，如：用药、退烧、止痛、输液等，容易造成误诊误治，请您理解。

4、在急诊候诊的过程中，您的病情如果有突发变化或加重，请立即与接诊护士联系，以免延误您的治疗。在遇到紧急情况下，医院以抢救患者生命为宗旨，可能先抢救后告知，请您理解。

5、急诊是解决突发疾病应急处理，不能进行详尽的特殊检查和化验，请您理解。

6、急诊费用的支付在一般情况下都是以现金或医保卡划账，可能会给您带来诸多不便，请您理解。

7、急诊室的各方设施和抢救条件有限，如需留院观察，必须有家人陪护，并准备好身份证、医保卡、现金，随时等候通知入院。留观患者男女可能被安排在同一观察室，或危重患者临终抢救，有可能对其他患者造成惊吓或干扰，请您理解。

8、如果因本院医疗资源有限而导致您的等待，我们在此表示歉意，请您理解。

(3) 就医咨询指南

就医咨询指南

“为帮助您更积极的参与自己的疾病治疗和健康保健。您可以参考下述问题，与您的医师讨论选择您的治疗方案，您有权向主管医护人员询问病情和健康相关的问题，充分行使您的就医自主权。以便使您能够和医生有很好的沟通，有利于您疾病的治疗。

您如何通过自己努力获得较好的医疗服务？

您和您的医师一起积极合作是得到更好的医疗保健服务的最佳途径。您应当把自己和医务人员看作是一个团队，并且您应参与您的每一个诊疗决定。这样也可以减少医疗过错及医疗意外的发生率。

您如何与医生沟通并提出问题？

您拥有自主就医权利，并有作出治疗选择的权力，但由于您缺乏医学知识，可能不知如何做出判断，为此我们为您提供如下 10 个提示，提醒和帮助您注意和向医生提出问题，与医务人员进行有效的沟通，以利于您做出正确的选择决定，和获得有效的诊治。

1. 积极参与自己的医疗保健

参与医生作出的每个医疗行为的决定，防止出现医疗过错，获得满足您所需求的最佳治疗和护理。

2. 如果您有问题或感到担心，请说出来

请您与您的主管医生交流，大胆的说出生您的顾虑和担心。请记住您有权利询问并得到您自己能够理解的答案。但是，如果您不主动询问，您的医生是不会回答您心中的疑问的。您的家人、护理人员或翻译人员若能够对您有所帮助，也可在您与医生进行交流时请他们同去。

3. 更多的了解自己的疾病或治疗

关于您的健康状况、检查和治疗方案，收集尽可能多的可靠信息对您做出正确选择会有很大帮助。

您可以提出以下问题向医生询问：

您能再告诉我关于病情的一些情况吗？

我为什么会得这种疾病？

对我的治疗会很困难吗？

我在哪里能够了解更多的相关信息呢？

我为什么要做这项检查？

针对我的疾病有哪些不同的治疗方法？

这种治疗方案效果如何？有什么风险？

如果我不接受这项治疗会有什么后果？

治疗后对我的生活质量影响大吗？还有什么特别的注意事项？

在发生什么情况的时候，需要再来看医生？

多长时间需要定期复查？如有特殊情况，我可以给您打电话吗？

4. 把您正在服用的药物列一个清单

依此清单您的医师可以了解正在服用的药物和可能的药物过敏情况。记住此清单要包括所有的处方、非处方药物和保健药。

5. 务必要了解自己服用的药物

当您拿到药品时请阅读标签，包括药品说明在内。确定这是医师给您开的药。不论您是要服用一种新药还是在治疗前被要求停药，您一定要明白这样做可能产生的副作用，是否继续服药、何时再服药。

您可以向医师提出下列问题：

这种药对我是最合适的吗？

我是否完全按说明书的药量服用？
常见的不良反应有哪些？有什么需要特别注意的吗？
吃多久才会见效？
这种药和我吃的其他药有什么相互作用吗？
服药期间有什么需要忌口的吗？
这种药我要吃多久？
在吃药的过程中我还要做什么检查吗？
在什么情况下需要停药？什么情况下需要再吃这种药？

6. 务必获得任何检验或检查的结果

当到预定时间后您仍没有得到检查结果，不要简单的认为“没消息就是好消息”。请您主动找您的医师了解检验或检查结果如何，并询问这些结果对自己意味着什么。

如果您正在住院或您准备在医院进行药物治疗或手术，请运用以下4个提示。

7. 和医师讨论您的选择

请和您的医师讨论您的各种选择以便能够参与自己的治疗。

您可以提出以下问题向医生询问：

需要多快住院？
能否选择作为日间留院病人接受手术？
能否住入其他医院？
如果可以的话，哪家医院能够为我提供最好的治疗？

8. 如果您要进行手术，请务必了解即将发生什么

向您的医生询问清楚治疗将涉及的问题以及住院期间是由谁来对自己进行手术和护理。您的医师将会帮助您了解您的疑问。切记要向您的主管医师、麻醉师和护士说明您的过敏史或对任何的麻醉剂或药物的严重不良反应。

您可以提出以下问题向医生询问：

手术对我的状况有何帮助？
可能出现的风险和它们出现的概率有多大？
如果我不接受这一手术，将会有什么后果？
对于我的疾病，是否有其他的方法治疗或控制？
将会由谁进行手术？
手术将会涉及到哪些方面？会进行多久？
在术后恢复期我将会有什么感觉？
在术后将会发生什么情况？
住院期间将由谁负责我的治疗护理？
大概总共要花多少钱？

9. 要确保自己、经治医师和术者都对确切要做什么手术治疗达成一致意见

尽管在错误的部位进行手术，或进行了错误的手术的情况十分罕见，但这样的事情还是会有发生，有可能是手术部位的左右颠倒或是切除了错误的器官，这是应当完全避免的。在手术日期临近时，向您的经治医师和术者确认要进行什么手术以及在什么部位进行手术。

10. 在您出院时向医务人员清楚了解您远期的治疗计划

当患者出院时，医师有时会高估患者对于继续治疗和随诊的了解程度。

您可以提出以下问题向医生询问：

我今后的复诊治疗应当找哪位医生？什么时候去复诊？
我要服多长时间的药？

我需要物理或康复治疗吗？

我何时能够重返工作岗位？

我何时能够做运动、开车？

有什么特别注意事项吗？

必要时可以电话咨询我的病情吗？

能够帮我写一份书面的治疗总结么？

切记出院后要定期复诊。一定要妥善保管好所有的诊疗资料：如各种化验单、检查报告、CT、核磁、X光片、超声、出院小结、病理报告、诊治经过等，以备看医生时参考，是非常重要的。

(4) 住院须知

住院须知

尊敬的患者：

感谢您选择到我院就诊。医院是为患者提供预防保健及诊治疾病的场所，我们的宗旨是为广大患者提供优质的医疗诊治服务。为了使您早日恢复健康，为使您和其他患者以及医务人员的合法权益得到保障，特此向您告知如下内容：

一、根据相关法律规定，住院期间您享有如下权利：

- 1、您将获得我院提供的医疗救治或预防保健服务；
- 2、您可以了解您的病情发展、疾病诊断、医师建议的治疗方案、治疗效果及预后等相关情况；
- 3、您可以对医师建议的治疗方案做出选择和决定，并可以提出相关的治疗建议；
- 4、您可以了解处方药物的名称、价格及所选药物的毒副作用，并对医师建议使用的药物作出选择；
- 5、您可以得到与您的病情相适应的各级别护理；
- 6、您可以授权具有完全民事行为能力的人代您行使相关的诊疗选择决定权；
- 7、您可以就与您疾病相关的一切问题向医务人员进行咨询，行使您的就医自主权；
- 8、您可以要求医务人员对您的病情进行保密，我们会尊重您的隐私；
- 9、您可以复制法律规定范围内的病历资料；
- 10、若您对我们的医疗服务不满意，您可以向您的经治医师、主管科主任提出，也可以向医院投诉管理部门进行投诉；
- 11、您可以拒绝未经您同意进行的临床实验和医学教学诊疗行为。
- 12、您可以授权医师对手术切除的病变器官、组织和取出的标本、物品进行适当处置，包括病理检查、科学研究和按医疗废物处理等。
- 13、按照《侵权责任法》第54条规定，您在诊疗活动中受到损害，医疗机构及其医务人员有过错的，由医疗机构承担赔偿责任。

二、在您享有上述权利的同时，根据法律规定，您还负有如下义务：

- 1、请您提供真实的个人基本信息，包括您的姓名、年龄、住址及医疗保险报销类别等；
- 2、请您向医护人员详尽如实提供与您健康有关的一切情况，包括本次患病的基本情况、既往病史及诊治经过、药物过敏史及其他有关详细情况；
- 3、您需要进行手术、特殊检查、特殊治疗、实验性医疗时，在医师充分告知的前提下，请您签署知情同意书。文书一经自愿签署，即具有相应法律效力，您应慎重、正确行使自己的就医选择权；
- 4、请您遵从医师的医嘱、积极配合治疗、遵从医师提出并经您同意的治疗方案，并且按时出院，为保证您恢复健康，出院后，请您还应按照医师的医嘱进行活动、休息、复诊等；
- 5、请您及时足额缴纳医药费用；
- 6、请您遵守诊疗过程中医院相关管理规定，维护医院诊疗服务正常秩序；
- 7、如果您在本院被确诊为法定传染病，医院将依法律规定对您采取相应的诊疗措施，或限制您的某些人身自由，请您予以配合；
- 8、请您尊重医务人员人格权、人身权，并且尊重其他患者的隐私权；
- 9、请您自觉维护医院公共场所安全、清洁、安静，爱护公共财产设施，不吸烟喝酒，不干扰其他患者诊疗；
- 10、在取得您同意的前提下，请您配合临床试验和实习教学；

11、在抢救危重患者的过程中，需借床、换床、换房或采用的抢救措施对您造成惊吓、干扰等诸多不便，请您理解和配合。

三、住院期间其它需要向您提示的问题：

1、医师查房、治疗时，请您不要离开病房，不要在病室内大声喧哗或做其他与诊疗无关或有碍医疗秩序的事情；

2、当您身体出现不适情况或需要护士帮助时，请使用床头呼叫器呼叫医护人员，或者通过其他方式通知护士站，不要自行活动防止意外；

3、住院期间请不要擅自离开病区、离院及在外住宿，以免发生意外；如有特殊情况需要离院，必须签署住院患者外出告知书。

4、住院期间未经医师同意，请不要擅自到院外就诊、购药、私自请医师来院会诊及采取其他治疗手段，以免发生意外；

5、住院期间未经医师同意，请不要自行服药或治疗，避免发生意外的不良后果；

6、为确保安全，请不要在病区、病室内吸烟和使用电炉、酒精炉、煤油炉等，未经许可请不要将家用电器带入病房使用，违者将按医院有关规定处理，并承担由此引起的一切损失；

7、住院期间请不要将贵重物品存放在病房，防止丢失；

8、患者及家属请遵守医院的探视规定，探视人员不得自行留宿或陪床；

9、请不要要求医务人员提供虚假医学文书和票据；

10、如果发生医疗纠纷，请您保持理智、冷静，按照法律规定程序处理。

我已向患者解释过此须知的全部条款，我认为患者或患者委托人已知并理解了上述信息。

医师签字：_____ 签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

(请患者或委托代理人注明“我承诺在住院期间遵守医院的规章制度”字样)

患者签字：_____ 委托代理人签字：_____

签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

注：建议采用一式两份，一份交由患方保存，另一份归病历中保存。

(5) 住院患者外出告知书

住院患者外出告知书

患者姓名_____性别_____年龄_____科别_____病案号_____

尊敬的患者：

您因病住院期间宜安心治疗，您目前的疾病状况不易外出。外出有以下风险，对您疾病、健康甚至生命造成不利影响：

- 1、您的病情加重或恶化；
- 2、您原有治疗取得的效果可能丧失；
- 3、您病情变化时不能得到及时诊治；
- 4、您可能失去最佳诊治疾病的时机；
- 5、您可能出现医疗以外的其他意外；
- 6、其他：

我已向患者解释过此告知书的全部条款，我认为患者或患者委托人已知并理解了上述信息。

医师签字：_____

签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

鉴于上述原因，我们希望您住院期间不要外出，请您自觉遵守。医院无限制您的人身自由，如您坚持外出，请填写如下意见书：

患者意见：

医务人员已将外出可能发生的风险向我告知，本人理解本人的外出行为可能出现上述风险及其它不可预知的风险，但本人仍然坚持外出，本人自愿承担外出的一切风险和后果。

本人因_____一事，特外出。

外出时间：_____年_____月_____日_____时_____分，

外出去向：_____，联系电话：_____

预计回院时间：_____年_____月_____日_____时_____分

患者签字：_____

委托代理人签字：_____

签字时间：__年__月__日__时__分

签字地点：_____

注：建议采用一式两份，一份交由患方保存，另一份归病历中保存。

(6) 出院通知书

出院通知书（适用于拒绝出院患者）

患者姓名_____性别_____年龄_____科别_____病案号_____

尊敬的患者：

您____年__月__日因_____入院，诊断为：_____

根据您目前病情及专家会诊的意见，您的病情经过治疗已痊愈或基本稳定，不需住院治疗，可出院在院外继续康复或进行辅助治疗和护理。鉴于目前我院医疗资源有限，为使其他患者能够及时入院治疗，希望您及时办理出院手续，特此告知如下：

- 1、请您在接到本通知之日起____日内，办理出院手续，并付清全部医药费用；
- 2、在您刚入院时，您签署了住院须知，您已承诺遵守医院管理规定，按时出院，您应履行您的承诺；
- 3、您拒绝出院的行为可能导致其他患者无法得到及时有效的治疗；
- 4、如您对您的诊疗活动有任何异议，或有理由拒绝出院，请您与医院_____部门联系，商讨解决办法并说明拒绝出院的理由；
- 5、如果您既不办理出院又不与医院相关部门联系协商解决，我们将依据相关规定寻求法律途径解决，由此产生的后果将由您自行承担。

我已向患者解释过此通知书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

医师签字：_____

签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

患者签字：_____ 委托代理人签字：_____

签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

注：建议采用一式两份，一份交由患方保存，另一份归病历中保存。

(7) 催缴住院医疗费用通知书

催缴住院医疗费用通知书

患者姓名_____性别_____年龄_____科别_____病案号_____

尊敬的患者：

您____年__月__日因_____入院，诊断为：_____。住院时交押金人民币_____元，现已用完，至今已欠医疗费用_____。

- 1、请您在收到本通知_____日内到我院住院部交费处补交押金_____元；
- 2、在您刚入院时，您签署了住院须知，您已承诺遵守医院管理规定，按时足额缴纳医药费用，请您履行您的承诺；
- 3、如您在接到本通知后，既不缴费又不与我院相关部门联系，我们在____日后将视作您放弃治疗，医院将给您采取维持生命的一般治疗。此措施将有可能产生下列后果：
 1. 您治疗的时间将延长；
 2. 您原有疾病可能加重或复发；
 3. 您以后的治疗可能会增加困难；
 4. 您治疗的中断，使原已花费的医疗费用可能重复或增加；
 5. 其他：
- 4、如果您既不缴费又不与我院相关部门联系协商解决，我们将依据相关规定寻求法律途径解决，由此产生的后果将由您自行承担。

附诊疗费用清单

我已向患者解释过此通知书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

医师签字：_____

签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

患者签字：_____ 委托代理人签字：_____

签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

注：建议采用一式两份，一份交由患方保存，另一份归病历中保存。

(8) 患者授权委托书

患者授权委托书

患者姓名_____性别_____年龄_____科别_____病案号_____

本人于__年__月__日因病住入_____医院。依据有关法律规定，我委托_____作为我的代理人，在我本次住院期间，代理我行使医疗知情同意选择决定权。我委托此人的理由为_____。

委托人（患者本人）：_____性别_____年龄_____

有效证件号码：_____住址：_____

受托人：_____性别_____年龄_____联系电话：_____

有效证件号码：_____住址：_____

与患者关系：配偶 子女 父母 其他近亲属 同事 朋友

受托人权限为：代为了解患者本人病情、医疗措施、医疗风险；代为行使医疗知情同意选择决定权利，并履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

- 对患者本人实施麻醉、手术以及对本人进行特殊检查、治疗时；
- 病情出现变化需要抢救时；
- 抢救或手术过程中发生意外情况需要改变预定术式和手术方案、紧急输血、摘除器官或较大组织、结扎重要血管时；
- 使用贵重药物、耗材或进行价格高的特殊检查时；
- 属于公费医疗、大病统筹社会医疗保险，新型农村合作医疗等不同险种的患者，为诊治疾病超出规定报销范围而使用特定药物或采取特定医疗措施时；
- 需要对患者本人输注血液及血液制品时及采取试验性治疗时；
- 需要植入人工器官、其他医用生物材料时；
- 患者其他家属拒绝采用给予病情的诊治药物及诊疗措施时。
- 手术治疗和诊治中遇到的其它情况：_____。

患者签字：_____

签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

我确认并接受患者_____授权我代理他（她）本人行使本次住院期间的医疗知情同意选择决定权，包括代为了解患者病情、医疗措施、医疗风险等上述全部内容；代为行使医疗知情同意选择决定权利，并履行相应的签字手续。

受托人签字：_____身份证号码：_____

签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

注：建议采用一式两份，一份交由患方保存，另一份归病历中保存。

(9) 自动出院或转院告知书

自动出院或转院告知书

患者姓名_____性别_____年龄_____科别_____病案号_____

诊断: _____

尊敬的患者:

根据您目前的病情, 医生认为, 您应当继续留院治疗, 但是您现在要求自动出院或转院, 特此向您告知出院或转院可能出现的后果, 请您认真斟酌后决定。

- 1、您原有疾病的治疗中断, 您的病情可能会出现反复甚至有可能加重或进行性加重, 将会使以后的治疗变得更加困难, 导致无法治愈或丧失最佳治疗时机, 甚至有可能导致死亡;
- 2、您的疾病有可能加重、出现各种感染或原有感染加重、伤口延迟愈合、疼痛等各种症状加重或时间延长, 有可能导致不良后果;
- 3、您有可能出现某个或多个器官功能减退、部分或者全部功能丧失, 如大脑、视觉、听觉、嗅觉、味觉、牙齿、脊柱、四肢的全部或部分、皮肤、腺体、生殖系统、内脏的各种功能, 导致出现功能障碍、诱发其他疾病、出血、休克等等, 导致不良后果;
- 4、您原已经花费的各项诊疗费因诊疗中断可能出现重复或增加;
- 5、您有可能增加诊疗风险的其他因素及后果。
- 6、在出院或转院过程中可能发生意外而得不到及时的抢救和治疗, 造成严重不良后果。
- 7、其他_____。

我已向患者解释过此告知书的全部条款, 我认为患者或患者委托人已知并理解了上述信息。

经治医师签字: _____

签字时间: ____年__月__日__时__分 签字地点: _____

患者意见:

医师已将上述风险以及有可能发生的其他风险向我作了详细的告知, 已向我解释了医疗诊治措施对我疾病治疗的重要性和必要性, 但本人仍然坚持离开该医院。

本人自愿承担自动出院或转院所带来的风险和后果。本人自动出院或转院产生的不良后果与医院及医务人员无关。

患者签字: _____

签字时间: ____年__月__日__时__分 签字地点: _____

特殊情况下, 患者的监护人、近亲属、授权委托人请在此处签字:

签字: _____与患者关系: _____代签字原因: _____

签字时间: ____年__月__日__时__分 签字地点: _____

注: 建议采用一式两份, 一份交由患方保存, 另一份归病历中保存。

(10)使用自费药品和高值医用耗材告知同意书

使用自费药品和高值医用耗材告知同意书

患者姓名_____性别_____年龄_____科别_____病案号_____

尊敬的患者：

根据患者病情需要，需要使用_____药品/材料，使用该自费药品/医用耗材的理由是_____

_____。但根据医保有关规定，此药品/材料不属于或部分不属于公费、大病统筹和社会基本医疗保险、新型农村合作医疗的报销范围，须由您个人承担。您可以选择是否使用，医院出具的自费收据不作为报销凭据。特此告知。使用此药品和医用耗材可能有利于疾病治疗和减轻痛苦。关于药品和医用耗材的不良后果详见具体的使用说明书。

您此次使用自费药品、耗材费为_____元（大写_____）。

我已向患者解释过此同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

经治医师签字：_____

签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

我_____（填“同意”或“不同意”字样）使用该药品/材料。

患者签字：_____

签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

特殊情况下，患者的监护人、近亲属、授权委托人请在此处签字：

签字：_____与患者关系：_____代签字原因：_____

签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

注：建议采用一式两份，一份交由患方保存，另一份归病历中保存。

(11)病危（重）通知书

病危（重）通知书

患者姓名_____性别_____年龄_____科别_____病案号_____

目前诊断：_____

尊敬的患者家属：

您好！您的家人_____现在我院_____科治疗，目前病情_____，病情可能进一步恶化，随时可能出现心跳、呼吸停止，请您派专人守候，以便与医生随时沟通。

根据我国法律规定，遇到紧急情况，为抢救患者，医生可以先行采取抢救措施，并使用应急救治所必需的仪器设备和治疗手段，然后履行告知义务。当患者病情恶化时，我们将会针对病情采取相应的抢救措施、手术等治疗方法，如气管切开、呼吸机辅助呼吸、心脏按摩、输血等措施全力抢救。心脏按摩抢救可能会产生相关脏器的破裂、骨折等并发症，请予以理解。请予以理解积极配合医院的抢救治疗。如您还有其他问题和要求，请在接到本通知后主动找医生了解咨询。

_____医院_____科

患者家属签字：_____与患者关系：_____联系电话：_____

签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

医师签字：_____

签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

注：建议采用一式两份，一份交由患方保存，另一份归病历中保存。

(12) 死亡通知书

死亡通知书

患者姓名_____性别_____年龄_____科别_____病案号_____

尊敬的患者家属：

患者_____在我院_____科治疗，因抢救无效于__年__月__日__时__分死亡，死亡诊断为_____，特函通知，敬请节哀。另外特此告知如下事项：

- 1、在死者生前未对尸体的处分作出明确处理意见的情况下，死者的家属具有对尸体及器官捐献的处分权；
- 2、为促进医学事业发展，科研和教学的需要希望您能够同意进行尸体解剖；
- 3、患者死因不明确，医院建议您可申请在 48 小时内进行尸检以确定死亡诊断；
- 4、根据相关法律规定，如您对患者死因有异议，为明确死因，请您在 48 小时提出进行尸检申请。我院 ____（填具备或不具备）尸体冷冻条件，故尸检时间____（填可以或不可以）延长至 7 日（尸体冷冻费用需另行交纳）；
- 5、尸检可以在以下具备资格的机构进行：
 - （1）卫生行政部门批准设置具有独立病理解剖能力病理科的医疗机构；
 - （2）设有具备独立病理解剖能力的病理教研室或法医教研室的医学院校，或设有医学专业的并具备独立病理解剖能力的病理教研室或法医教研室的高等普通学校。
 - （3）医患双方可共同选择经过国家司法行政部门批准的司法鉴定机构。
- 6、如果您申请进行尸体解剖，请填写尸体解剖申请书；
- 7、超过规定时间进行尸检，会影响对死者死因的判定，希望您能慎重考虑；
- 8、按照相关法律规定，患者尸体在太平间或殡仪馆存放时间不能超过两周时间，请您在规定时间内安置，逾期不安置，有关部门将会按相关规定办理，产生的费用需要由您支付；
- 9、请携带有效身份证件或授权委托书到医院处理相关善后手续。

我已向患者家属解释过此通知书的全部条款，我认为患者家属或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

医师签字：_____

签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

患者家属签字：_____与患者关系：_____联系电话：_____

签字时间：__年__月__日__时__分 签字地点：_____

注：建议采用一式两份，一份交由患方保存，另一份归病历中保存。

(13) 尸体解剖申请书

尸体解剖申请书

申请人：_____ 身份证号：_____ 与已故患者的关系：_____ 联系电话：_____

已故患者姓名_____ 性别_____ 年龄_____ 科别_____ 病案号_____
身份证号_____ 因患_____ 疾病，于
____年__月__日__时__分死亡，死亡诊断为_____。

1、我申请对已故患者进行尸检，申请尸检的理由：明确诊断、确定死因、解决纠纷_____

2、为了确认/确定死亡原因以及疾病的性质和范围，我同意病理科医师进行：

全身尸体解剖 部分器官解剖，包括以下器官或组织：_____

3、我选择尸检机构：_____

4、我选择 家属参加观察尸检过程 委托法医病理学人员参加尸检

5、我选择在尸检结束后，进行尸检诊断的组织以及其他被检组织（包括组织切片）做如下安置：

由医院按相关规定安置。 交由家属依规定自行安置。

归还于死者遗体中。

6、我选择尸检器官、组织切片及病理标本由医院用于医学研究、医学教学_____

我对尸检的其它意愿和要求：

申请人签字：_____ 签字时间：____年__月__日__时__分 签字地点：_____

注：建议采用一式两份，一份交由患方保存，另一份归病历中保存。

(14) 医疗机构医疗纠纷处理流程告知书

医疗机构医疗纠纷处理流程告知书

尊敬的患者：

您在我院就诊期间，如果您对您的诊疗活动有异议，您有权向您所在科室或医院投诉职能部门投诉，特此向您告知我院详细的投诉流程。包括如下内容：

1、本医疗机构负责医疗投诉的职能部门是_____（医务科、医务部、医患关系协调办公室、社会工作部等），联系方式：地址_____；电话_____；传真_____；电子邮箱_____。

2、患者有权就有关诊断、治疗过程、诊疗结果等向医疗机构职能部门反映情况，提出建议、意见或者具体要求。

患者对自己的诊断、治疗过程进行投诉，一般应当采用书信、电子邮件、传真等书面文字形式；有具体投诉请求的，还应当载明患者和委托投诉人的姓名（名称）、住址和请求、事实、理由并签名。

采用口头形式提出的投诉请求，职能部门将记录来访人的姓名（名称）、住址和请求、事实、理由，并由来访人进行签名。

3、患者有权了解医疗机构处理医疗投诉的工作流程：

职能部门接到投诉事项，予以登记，并区分情况，分别按下列方式处理：（1）组织相关临床科室进行调查研究；（2）通知临床科室向患者进行说明解释；（3）呈报院领导进一步分析讨论；（4）提请医疗管理委员会研究，做出结论性意见后，给予患方答复，一般情况下为 7-10 个工作日，特殊情况也延长到 15 个工作日。提请医疗管理委员会讨论将在六十日内做出答复。（进行尸检，自尸检报告做出后开始计算时间）。

4、患者不接受医疗机构医疗管理委员会的结论性意见，有权申请医疗事故鉴定，可以与医方共同向医学会申请，也可以单方向卫生行政部门申请，也有权向人民法院直接提起诉讼。

5、患者有权了解所患疾病的诊断和治疗的相关情况。患者有疑问时，医务人员有义务向患者进行说明解释。

有关说明解释工作应当以不影响医务人员正常工作为限，可以通过医疗机构职能部门、临床科室进行预约。

6、患者有权在医疗机构复印或者复制法律规定的客观病历资料，包括：门（急）诊病历和住院病历中的住院志（即入院记录）、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、会诊记录、病理报告、护理记录、出院记录。

复印病历按照规定收取工本费。

7、患者有权要求医疗机构封存患者本人的病历资料。

发生医疗事故争议时，医疗机构职能部门在患者或者其代理人在场的情况下将死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录等，予以复印并封存。

封存的病历资料，存放在医疗机构职能部门，并由医疗机构职能部门向患者出具封存证明，并负责向有关鉴定机构或诉讼法院提交封存的材料。

8、患者死亡，尸体应立即移放太平间。死者近亲属有权决定是否申请尸检，同意尸检需填写尸检申请书并签字。不填写尸检申请书视为不同意尸检。

尸检应当在患者死亡后四十八小时内进行尸检；具备尸体冻存条件的，可以延长至七日。

尸检所需的费用可由医疗机构垫付。最终与尸体的运送费、保管费等视医疗事故鉴定或法院裁决结果而确定支付者。最终鉴定为医疗事故的，费用由医疗机构支付，不构成医疗事故由死者家属或所在单位支付。

尸体存放时间一般不得超过十五日内。逾期不处理尸体的，经医疗机构所在地卫生行政部门批准，并报经同级公安部门备案后，由医疗机构按照规定进行处理。

9、医患双方可以依法进行调解，不能达成调解协议，医患双方可以共同申请医疗事故鉴定，患方也可以依法单方向卫生行政部门申请处理，或向法院提起诉讼。

10、《民法通则》第 136 条规定，身体受到伤害要求赔偿的，诉讼时效期间为一年；第 137 条规定，诉讼时效期间从知道或者应当知道权利被侵害时起计算。但是，从权利被侵害之日起超过二十年的，人民法院不予保护。

11、《侵权责任法》第 64 条规定，医疗机构及其医务人员的合法权益受法律保护。干扰医疗秩序，妨害医务人员工作、生活的，应当依法承担法律责任。

12、本告知书一式两份，告知人与被告知人各持一份。

被告知人：

告知人：

患者姓名： _____（医院） _____（职能部门）

告知书签收人：

经办人：

20 年 月 日 时 分 20 年 月 日 时 分

联系地址：

联系地址：

邮政编码：

邮政编码：

联系电话：

联系电话：

其他联系方式：

电子信箱：

(15) 医疗纠纷调解协议书

医疗纠纷调解协议书

甲方：_____医院_____法定代表人_____

地址：_____邮编_____联系电话：_____

乙方：_____性别：____年龄：____身份证号码：_____

住址：_____邮政编码_____联系电话：_____

与患者关系：患者本人法定监护人委托代理人其他直系亲属：_____

(如果不是患者本人必须附身份关系证明材料、授权文件；如患者已经死亡，乙方必须为死者的全部合法继承人或有合法继承人授权委托的代理人。)

甲乙双方就患者_____ (身份证号码：_____)

于_____年____月____日至_____年____月____日因诊断_____在甲方门诊或住院治疗 (住院病案号或门诊病历号_____) 期间发生的医疗纠纷，乙方认为甲方造成_____医疗损害，现经双方友好协商一致，自愿达成如下协议，以便共同遵守。

1、甲方同意一次性赔偿 (或补偿) 乙方人民币_____元，并减免乙方所欠的人民币_____元医疗费用。赔偿 (或补偿) 乙方人民币_____元的费用中包括住院伙食补助费、陪护费、误工费、交通费、被抚养人生活费、丧葬费、及死亡赔偿金、精神损害抚慰金等与此次医疗纠纷相关的所有费用。

2、甲方在调解书生效后 (法院下达调解书后) 十日内，根据本协议向乙方一次性支付解决本纠纷的全部赔偿 (或补偿) 费用，乙方收到甲方给付赔偿费 (或补偿费) 后应向甲方出具书面收款凭证。此医疗纠纷即告终结。

3、乙方承诺本协议生效后十日内火化尸体，自收到甲方所给付的_____人民币赔偿 (或补偿) 款之后，此纠纷即告终结。乙方不会再以任何理由向甲方提出任何要求，或要求任何第三方追究甲方的责任，并承诺不会从事或者散布任何可能影响甲方名誉的行为。

4、甲方如果违反本协议的约定，应向乙方支付_____人民币的违约金；乙方如果违反本协议的约定，则除退还其依据本协议所取得的_____人民币的赔偿 (或补偿) 费外，还应向甲方支付_____人民币的违约金。

5、本协议一式贰 (叁) 份，甲、乙双方 (法院) 各持一份，贰 (叁) 份协议书具有同等法律效力。

6、本协议自甲、乙双方签字 (盖章) 起生效。

甲方：(盖章)

乙方：(签字)

法定代表人：(签字)

与患者关系：_____

_____年____月____日____时____分_____年____月____日____时____分

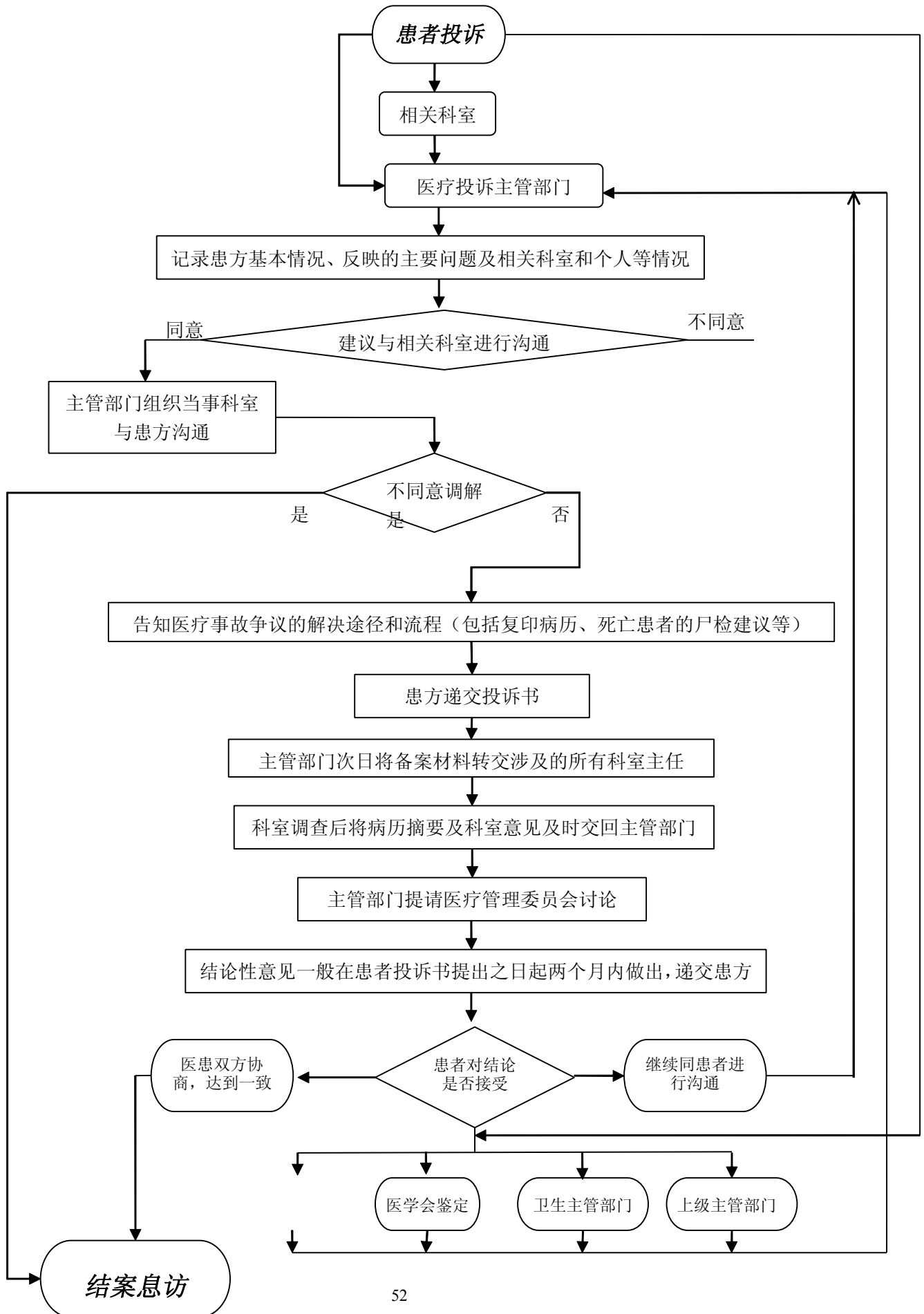
见证人：

本人_____不是此医疗机构的雇员，与乙方也无任何关系，我见证了甲乙双方自愿签署本协议。

(见证人签名、联系方式和身份证复印件)

_____年____月____日____时____分

(16) 医疗纠纷处理流程图（院内使用）



五、医疗服务公共信息告知类参考样本使用说明

1. 医疗服务公共信息告知类参考样本的制定原则

(1) 以患者就诊流程为主要顺序，从门诊、急诊、住院到整个诊疗过程，最后到医疗纠纷的解决为止。

(2) 遵循我国法律法规规章规定等依据。

(3) 尊重医院常规习惯。参考现阶段各个医院实行的就医公共信息类的告知书。

(4) 患者就诊时应该被告知的就诊流程和医患权益及相应义务，应当了解遵守医院相关管理规定。

(5) 医院各科室共有或大部分科室都具有的相同告知内容均属公共信息类。

(6) 公共告知文书是医院向患者应尽告知的责任，目的在于保障各项医疗活动在患者的主动配合下安全有序地进行，不需要患者签字，故采用告知书的名称。但其具有法律承担的属性。

2. 医疗服务公共信息告知类参考样本的使用说明

(1) 就诊须知

此告知书制作的目的是为了帮助患者了解到医院门诊，在就诊过程中医院的制度，包括患者就医的权利和义务、医院管理规定、注意事项等告知类信息。建议医院将其制成的手册，将此就诊须知挂于医院门诊明显位置，或制成就诊指南手册放在挂号处或者医院的其他公共场所，起到提示的作用。

(2) 急诊须知

此告知书是为了明确患者就医的具体时间，并对患者的病情程度

作出初步的评估，告知急诊需要依次看病有等待时间，紧急疾病可先行抢救。建议发放给急诊患者或其家属，内容同就诊须知，但强调急诊的特殊告知信息。

(3) 就医咨询指南

此指南体现法律尊重患者的权利，强调患者的自主就医权。由于医师工作繁忙，其告知的内容有限，患者应当主动向医师询问。但鉴于患者无医学知识背景，特参考澳大利亚和美国样式，作出此指南。可指引患者对其病情进行什么咨询。建议将此指南制成就医小册子，小册子中也可以加入医德医风、医患投诉程序及联系方式，各个医院在具体的操作中可以根据自己医院情况进行调整。

(4) 住院须知

此告知书内容主要是针对患者在住院期间，具有的权利和义务。应当了解的医院管理制度，并应当知道如何配合医师完成诊疗过程。在住院期间必须要遵守医院各项规定，如应当交纳的住院医药费用、按时出院、如何复印病历等相关问题。同时也要尊重医师及其他患者的权利等内容进行告知，此须知在患者入院时应进行告知，并请患者签字确认后保存在病历中。

(5) 住院患者外出告知书

此告知书制作的目的是为防止患者私自外出发生问题产生纠纷，且医保管理规定不得挂床报销。鉴于住院患者外出有可能发生病情变化和意外危险的后果，建议医院不批准患者外出。但是医院无权限制患者的人身自由，此告知书只限用于经劝阻无效执意离院的患者，医师向其讲明外出可能产生后果，明确表示不同意其外出，如患者执意

外出请其签字证明医师已经告知其外出后果。

(6) 出院通知书 (适用于拒绝出院患者)

此告知书是为了维护医院的合法权益，针对拒绝出院的患者制定的。适用于符合出院条件、经反复告知而依然以各种理由拒绝出院的患者。其不同于医院正常诊疗秩序中的出院通知书，须予以区分。此通知书的制作目的：一是提示患者应该出院以及不出院所可能引发的不良后果和费用须有其自行承担；二是作为日后医院起诉患者，要求法院判决其出院“排除妨害”的证据，证明医院已经履行了先前告知义务。

(7) 催缴住院医疗费用通知书

此告知书同出院通知书，也是在非正常情况下适用于拖欠不缴或无理拒缴费用的患者，不同于医院正常诊疗秩序中使用的欠费通知书，须予以区分。此告知书的制作目的：一是提示患者应该履行住院时签署承诺缴费的义务，以及不缴费所可能引发的不良后果；二是作为日后医院行使诉讼权利追缴医疗费用的证据，证明医院履行了先前告知义务。

(8) 患者授权委托书

此告知书是依据我国委托代理的法律规定，针对年纪较大的或者自愿委托他人决定诊疗选择的患者，委托其亲属或代理人，代替患者行使诊疗过程中的选择决定的权利所制定。为了有利诊疗工作的正常开展，便于医师的沟通，避免一旦出现对治疗意见不一致的情况，影响治疗抢救。建议医院在患者入院时请其填写此委托书，以利争取时间合法积极抢救患者，维护医患双方合法权益。

(9) 自动出院或转院告知书

此告知书是根据《侵权责任法》第 60 条的规定制定的，适用于还未达到出院或转院的标准，且经医师详细告知可能发生不良后果后，仍然执意要求出院或转院的患者。

(10) 使用自费药品和高值医用耗材告知同意书

卫生部规定，使用超过千元的自费药品和高值医用耗材应签署知情同意书。也包括医保规定部分药品和高值医用耗材不在报销范围的情形。故设定此告知书，医师需向患者讲明自费药品和医用耗材费用和使用说明和风险，应特别提示患者注意阅读使用说明。

(11) 病危（重）通知书

此告知书适用于病情危（重）的患者，应及时通知并及时送达签收患者家属或受托人。告知患者家属具有思想准备，同时授权医院进行抢救，也可委托陪护人员，以方便医师随时告知患者病情。

(12) 死亡通知书

其不同于一般的一式三联的死亡诊断证明书，此告知书的目的是事先让患者家属了解可以尸检的几种情况，避免错过最佳尸检时机。同时在家属拒不签字时，发生医疗纠纷，证明医师已向家属履行告知，重点告知死亡原因、尸体安放、料理、尸解等相关事宜。请医师向患者说明，如申请尸体解剖，需填写尸体解剖申请书。

(13) 尸体解剖申请书

适用于患者家属要求尸检，必须填写，表明其要求或同意接受尸解的情况。可以避免家属不同意尸解也拒不签字的情况。此告知书主要内容是告知家属，尸检需要注意的内容，及家属的权利义务。

(14) 医疗机构医疗纠纷处理流程告知书、医疗纠纷调解协议书、医疗纠纷处理流程图

此三份告知书将医院医疗纠纷处理的环节以及流程告知患者，以便患者或其家属了解，可以有效地促进解决医疗纠纷，各个医院可根据自己的实际情况予以参考使用。

六、临床分科知情同意书部分参考样本目录

1. 眼科

- 1.1. 泪器/泪道手术知情同意书
- 1.2. 角膜结膜手术知情同意书
- 1.3. 屈光眼手术知情同意书
- 1.4. 青光眼手术知情同意书
- 1.5. 晶状体手术知情同意书
- 1.6. 玻璃体、视网膜手术知情同意书
- 1.7. 眼外伤手术知情同意书
- 1.8. 眼整形手术知情同意书
- 1.9. 眼肿瘤手术知情同意书
- 1.10. 斜视矫正手术知情同意书
- 1.11. 准分子激光角膜屈光手术知情同意书
- 1.12. 眼光动力治疗知情同意书
- 1.13. 眼内肿瘤放射敷贴器近距离放射治疗知情同意书
- 1.14. 经瞳孔温热治疗（TTT）知情同意书
- 1.15. 视网膜裂孔激光治疗知情同意书
- 1.16. 荧光素眼底血管造影检查知情同意书

2. 耳鼻喉科

耳部

- 2.1. 耳科侧颅底手术知情同意书
- 2.2. 镫骨手术知情同意书
- 2.3. 耳前瘻管切除手术知情同意书
- 2.4. 鼓膜穿刺/置管手术知情同意书
- 2.5. 面神经手术知情同意书
- 2.6. 中耳炎手术知情同意书
- 2.7. 全耳再造手术知情同意书

鼻部

- 2.8. 鼻出血止血手术知情同意书
- 2.9. 鼻腔鼻窦良性肿瘤手术知情同意书
- 2.10. 鼻腔鼻窦恶性肿瘤切除手术知情同意书
- 2.11. 鼻骨骨折复位手术知情同意书
- 2.12. 垂体瘤手术知情同意书
- 2.13. 脑脊液鼻漏手术知情同意书
- 2.14. 鼻腔泪囊吻合手术知情同意书
- 2.15. 鼻咽纤维血管瘤切除手术知情同意书
- 2.16. 鼻中隔偏曲矫正手术知情同意书
- 2.17. 霉菌性鼻窦炎窦内病变去除手术知情同意书
- 2.18. 外鼻肿物切除手术知情同意书

咽喉部

- 2.19. 扁桃体切除及腺样体刮除手术知情同意书
- 2.20. 声带注射、填充成型嗓音显微外科手术知情同意书
- 2.21. 悬雍垂腭咽成型手术知情同意书

- 2.22. 支撑喉镜下 CO2 激光辅助喉部显微手术知情同意书
- 2.23. 支撑喉镜下喉蹼瘢痕松解+声带缝合+喉硅胶膜置入手术知情同意书
- 2.24. 喉癌/下咽喉联合根治手术知情同意书
- 2.25. 声带病变切除手术知情同意书
- 头颈部
- 2.26. 颈部肿物切除手术知情同意书
- 2.27. 喉下咽及食管病变手术知情同意书
- 2.28. 咽旁间隙及口腔涎腺病变手术知情同意书
- 2.29. 气管切开手术知情同意书
- 2.30. 局部药物注射治疗知情同意书
3. 口腔科
- 3.1. 口腔正畸手术知情同意书
- 3.2. 口腔种植修复手术知情同意书
- 3.3. 牙周手术知情同意书
- 3.4. 拔牙手术知情同意书
- 3.5. 颌下腺手术知情同意书
- 3.6. 口腔科创伤手术知情同意书
- 3.7. 上颌骨扩大切除+大腿取皮手术知情同意书
- 3.8. 涎腺手术知情同意书
- 3.9. 齿槽突裂植骨修复+髂骨取骨手术知情同意书
- 3.10. 唇裂修复手术知情同意书
- 3.11. 腭裂修复手术知情同意书
- 3.12. 口腔癌开手术知情同意书
- 3.13. 口腔科成形手术知情同意书
4. 内科
- 4.1. 呼吸内科
- 4.1.1. PPD 皮试检查知情同意书
- 4.1.2. 经皮肺穿刺活检手术知情同意书
- 4.1.3. 胸膜活检手术知情同意书
- 4.1.4. 纤维支气管镜检查及治疗知情同意书
- 4.1.5. 胸腔穿刺检查及治疗知情同意书
- 4.1.6. 气管插管及机械通气治疗知情同意书
- 4.1.7. 支气管镜检及取异物手术知情同意书
- 4.2 内分泌科
- 4.2.1. 动态血糖监测仪检查知情同意书
- 4.2.2. 高胰岛素正葡萄糖钳夹检查知情同意书
- 4.2.3. 胰岛素泵治疗知情同意书
- 4.3. 消化内科
- 4.3.1. 胃镜/小肠镜检查知情同意书
- 4.3.2. 结肠镜检查知情同意书
- 4.3.3. 肝脏/肝囊肿穿刺手术知情同意书
- 4.3.4. 逆行胰胆管造影（ERCP）检查知情同意书
- 4.3.5. 经内镜十二指肠乳头切开（EST）手术知情同意书
- 4.3.6. 经内镜取石手术知情同意书
- 4.3.7. 经内镜内支架引流手术知情同意书

- 4.3.8. 三腔两囊管置入手术知情同意书
- 4.3.9. 消化道息肉电切术/大块粘膜活检手术知情同意书
- 4.3.10. 消化道狭窄扩张/内支架置入手术知情同意书
- 4.3.11. 经内镜食管胃底静脉曲张结扎/栓塞手术知情同意书
- 4.3.12. 腹水回输治疗知情同意书
- 4.3.13. 胃镜检查治疗知情同意书
- 4.3.14. 胃食道 PH 检测检查知情同意书
- 4.3.15. 结肠镜检查治疗知情同意书
- 4.3.16. 静脉高营养治疗知情同意书
- 4.4. 心内科
 - 4.4.1. 冠状动脉，外周血管及心室造影检查知情同意书
 - 4.4.2. 经皮冠状动脉介入（PCI）治疗知情同意书
 - 4.4.3. 经皮成人先天性心脏病介入治疗知情同意书
 - 4.4.4. 植入器械介入治疗知情同意书
 - 4.4.5. 心导管诊疗知情同意书
 - 4.4.6. 心肺复苏治疗知情同意书
 - 4.4.7. 经外周静脉置入中心静脉导管治疗知情同意书
 - 4.4.8. 心包穿刺引流手术知情同意书
 - 4.4.9. 心内电生理检查及射频消融手术知情同意书
- 4.5. 血液内科
 - 4.5.1. 低分子肝素治疗知情同意书
 - 4.5.2. 血细胞分离术治疗知情同意书
 - 4.5.3. 异基因造血干细胞移植手术知情同意书
 - 4.5.4. 自体造血干细胞移植手术知情同意书
 - 4.5.5. 自体细胞因子激活的杀伤细胞（CIK）治疗恶性血液病知情同意书
 - 4.5.6. AST 患者血细胞分离机单采治疗知情同意书
 - 4.5.7. 供者骨髓采集术治疗知情同意书
 - 4.5.8. 供者冻存干细胞/淋巴细胞输注治疗知情同意书
 - 4.5.9. 输血治疗告知同意书
 - 4.5.10. 血液制品使用告知同意书
- 4.6. 肾内科
 - 4.6.1. 动静脉内瘘成形手术知情同意书
 - 4.6.2. 腹膜透析治疗知情同意书
 - 4.6.3. 腹膜透析置管手术知情同意书
 - 4.6.4. 连续肾脏替代治疗知情同意书
 - 4.6.5. 血浆置换治疗知情同意书
 - 4.6.6. 血液灌流治疗知情同意书
 - 4.6.7. 肾穿刺活检手术知情同意书
- 4.7. 神经内科
 - 4.7.1. 有创颅内压监测手术知情同意书
 - 4.7.2. 锥颅血肿清除手术知情同意书
 - 4.7.3. 肌肉活检手术知情同意书
 - 4.7.4. 神经活检手术知情同意书
 - 4.7.5. 脑血管造影（DSA）检查知情同意书
 - 4.7.6. 急性脑梗塞静脉溶栓治疗知情同意书

- 4.7.7. 腰椎穿刺手术知情同意书
- 4.8. 免疫内科
 - 4.8.1. 激素药物冲击治疗知情同意书
 - 4.8.2. 免疫净化治疗知情同意书
 - 4.8.3. 免疫抑制剂治疗知情同意书
- 5. 外科
 - 5.1. 麻醉科
 - 5.1.1. 静脉全麻知情同意书
 - 5.1.2. 硬膜外麻醉知情同意书
 - 5.1.3. 硬膜外麻醉+静脉全麻知情同意书
 - 5.1.4. 腰骶麻知情同意书
 - 5.1.5. 神经阻滞麻醉知情同意书
 - 5.1.6. 麻醉药品、第一类精神药品使用治疗知情同意书
 - 5.2. 神经外科
 - 5.2.1. 脊髓手术知情同意书
 - 5.2.2. 颅脑手术知情同意书
 - 5.2.3. 动脉瘤夹闭手术知情同意书
 - 5.3. 心脏外科
 - 5.3.2. 冠状动脉搭桥手术知情同意书
 - 5.3.3. 大血管手术知情同意书
 - 5.3.4. 心包手术知情同意书
 - 5.3.5. 心律失常外科手术知情同意书
 - 5.3.6. 心脏外伤手术知情同意书
 - 5.3.7. 心脏肿瘤手术知情同意书
 - 5.3.8. 先天性心脏病外科手术知情同意书
 - 5.3.9. 心脏移植手术知情同意书
 - 5.3.10. 先天性心脏病介入治疗知情同意书
 - 5.3.11. 应用机械辅助循环装置治疗知情同意书
 - 5.4. 胸外科
 - 5.4.1. 肺部手术知情同意书
 - 5.4.2. 胸壁手术知情同意书
 - 5.4.3. 食管贲门手术知情同意书
 - 5.4.4. 胸膜手术知情同意书
 - 5.4.5. 胸腺切除手术知情同意书
 - 5.4.6. 纵隔肿瘤手术知情同意书
 - 5.4.7. 胸腔闭式引流手术知情同意书
 - 5.4.8. 肺移植手术知情同意书
 - 5.4.9. 支气管镜冷冻治疗知情同意书
 - 5.4.10. 硬质气管镜手术知情同意书
 - 5.4.11. 手汗症、头汗症、长QT综合征手术知情同意书
 - 5.5. 普外科
 - 5.5.1. 甲状腺手术知情同意书
 - 5.5.2. 乳腺手术知情同意书
 - 5.5.3. 胆系手术知情同意书
 - 5.5.4. 经皮经肝穿刺胆道造影+引流（PTBD）手术知情同意书

- 5.5.5. 胃肠手术知情同意书
- 5.5.6. 脾手术知情同意书
- 5.5.7. 肝脏手术知情同意书
- 5.5.8. 肝脏移植手术知情同意书
- 5.5.9. 人工肝血浆置换手术知情同意书
- 5.5.10. 经皮肝脏肿瘤射频消融治疗知情同意书
- 5.5.11. 门静脉高压症手术知情同意书
- 5.5.12. 阑尾手术知情同意书
- 5.5.13. 胰腺手术知情同意书
- 5.5.14. 腹腔镜手术知情同意书
- 5.5.15. 腹腔腹膜后肿物手术知情同意书
- 5.5.16. 疝手术知情同意书
- 5.5.17. 体表病变手术知情同意书
- 5.5.18. 肠道手术知情同意书
- 5.5.19. 剖腹探查术知情同意书
- 5.5.20. 皮科有创性治疗知情同意书
- 5.6. 泌尿外科
 - 肿瘤
 - 5.6.1. 经尿道膀胱肿瘤切除术（TUR—Bt）手术知情同意书
 - 5.6.2. 前列腺手术知情同意书
 - 5.6.3. 肾输尿管手术知情同意书
 - 5.6.4. 肾上腺手术知情同意书
 - 结石
 - 5.6.5. 气压弹道碎石手术知情同意书
 - 5.6.6. 肾盂肾实质切开取石手术知情同意书
 - 5.6.7. 激光碎石手术知情同意书
 - 5.6.8. 输尿管切开取石手术知情同意书
 - 移植
 - 5.6.9. 肾脏移植手术知情同意书
 - 检查
 - 5.6.10. 输尿管镜检查手术知情同意书
 - 其他
 - 5.6.11. 膀胱前列腺全切手术知情同意书
 - 5.6.12. 经尿道前列腺电切（TURP）手术知情同意书
 - 5.6.13. 肾全长手术知情同意书
- 5.7. 骨外科
 - 5.7.1. 创伤外科
 - 5.7.1.1. 前臂骨折手术知情同意书
 - 5.7.1.2. 肘关节骨折手术知情同意书
 - 5.7.1.3. 骨盆、髌臼骨折手术知情同意书
 - 5.7.1.4. 髌骨骨折切开复位张力带固定手术知情同意书
 - 5.7.1.5. 膝关节周围手术知情同意书
 - 5.7.1.6. 股骨近端骨折手术知情同意书
 - 5.7.1.7. 跟骨骨折手术知情同意书
 - 5.7.1.8. 踝关节骨折手术知情同意书

- 5.7.1.9. 骨干骨折手术知情同意书
- 5.7.1.10. 关节松解手术知情同意书
- 5.7.1.11. 内固定取出手术知情同意书
- 5.7.1.12. 外固定架固定手术知情同意书
- 5.7.1.13. 取骨植骨手术知情同意书
- 5.7.1.14. 髓内针手术知情同意书
- 5.7.2. 脊柱外科
 - 5.7.2.1. 腰椎前路间盘切除，人工间盘置换手术知情同意书
 - 5.7.2.2. 腰椎椎管减压（腰椎管狭窄症）手术知情同意书
 - 5.7.2.3. 椎管内肿瘤切除椎弓根螺钉内固定，植骨融合手术知情同意书
 - 5.7.2.4. 椎体成型手术知情同意书
- 5.7.3. 矫形骨科
 - 5.7.3.1. 人工髋关节置换手术知情同意书
 - 5.7.3.2. 人工髋关节翻修手术知情同意书
 - 5.7.3.3. 人工全膝关节置换手术知情同意书
 - 5.7.3.4. 人工全膝关节翻修手术知情同意书
 - 5.7.3.5. 髌臼周围截骨手术知情同意书
 - 5.7.3.6. 股骨截骨手术知情同意书
 - 5.7.3.7. 人工全踝置换手术知情同意书
 - 5.7.3.8. 粗隆间截骨手术知情同意书
 - 5.7.3.9. 人工跗趾关节置换手术知情同意书
 - 5.7.3.10. 三关节融合、肌腱移位手术知情同意书
- 5.7.4. 骨肿瘤科
 - 5.7.4.1. 肢体肿瘤病灶切除手术知情同意书
 - 5.7.4.2. 脊柱肿瘤病灶切除手术知情同意书
 - 5.7.4.3. 骶骨肿瘤病灶切除/刮除手术知情同意书
 - 5.7.4.4. 骨肿瘤活检（穿刺活检/切开活检）手术知情同意书
 - 5.7.4.5. 截肢手术知情同意书
- 5.7.5. 运动医学科
 - 5.7.5.1. 运动医学肘关节手术知情同意书
 - 5.7.5.2. 运动医学肩关节脱位手术知情同意书
 - 5.7.5.3. 运动医学肩手术知情同意书
 - 5.7.5.4. 运动医学跟腱手术知情同意书
 - 5.7.5.5. 运动医学肌腱手术知情同意书
 - 5.7.5.6. 运动医学粘连松解手术知情同意书
- 5.7.6. 手外科
 - 功能重建
 - 5.7.6.1. 游离肌肉移植，屈肘功能重建手术知情同意书
 - 5.7.6.2. 肌肉移位，肩外展功能重建手术知情同意书
 - 5.7.6.3. 肌腱移位，伸腕功能重建手术知情同意书
 - 5.7.6.4. 肌腱移位，拇外展功能重建手术知情同意书
 - 骨折关节融合
 - 5.7.6.5. 掌指骨骨折内固定手术知情同意书
 - 5.7.6.6. 掌指骨骨折外固定手术知情同意书
 - 5.7.6.7. 指间关节融合手术知情同意书

肌腱

- 5.7.6.8. 锤状指手术知情同意书
- 5.7.6.9. 肌腱修复手术知情同意书
- 5.7.6.10. 狭窄性腱鞘炎手术知情同意书

皮瓣植皮

- 5.7.6.11. 腹部皮瓣手术知情同意书
- 5.7.6.12. 扩创植皮手术知情同意书
- 5.7.6.13. 皮瓣断蒂手术知情同意书

手指再植再造

- 5.7.6.14. 断指再植手术知情同意书
- 5.7.6.15. 拇甲瓣移植再造拇指手术知情同意书

腕关节

- 5.7.6.16. 桡骨远端骨折手术知情同意书
- 5.7.6.17. 腕骨手术知情同意书

先天畸形

- 5.7.6.18. 并指分指，植皮手术知情同意书
- 5.7.6.19. 多发关节挛缩手术知情同意书
- 5.7.6.20. 分裂手畸形手术知情同意书
- 5.7.6.21. 重复拇指畸形矫正手术知情同意书

周围神经

- 5.7.6.22. 环形束带综合症手术知情同意书
- 5.7.6.23. 臂丛神经撕脱伤手术知情同意书
- 5.7.6.24. 神经损伤手术知情同意书
- 5.7.6.25. 腕管综合征手术知情同意书
- 5.7.6.26. 肘管综合症手术知情同意书

其他

- 5.7.6.27. 残端修整手术知情同意书
- 5.7.6.28. 腕部切割伤手术知情同意书

5.7.7. 小儿骨科

- 5.7.7.1. 手外伤手术知情同意书
- 5.7.7.2. 骨干骨折手术知情同意书
- 5.7.7.3. 股四头肌成形手术知情同意书
- 5.7.7.4. 股骨近端骨折手术知情同意书
- 5.7.7.5. 肱骨髁上骨折手术知情同意书
- 5.7.7.6. 髁上骨牵引手术知情同意书
- 5.7.7.7. 踝内翻手术知情同意书
- 5.7.7.8. 关节复位手术知情同意书
- 5.7.7.9. 取内固定手术知情同意书
- 5.7.7.10. 陈旧孟氏骨折手术知情同意书
- 5.7.7.11. 持续骨牵引治疗知情同意书
- 5.7.7.12. DDH 闭合复位手术知情同意书
- 5.7.7.13. DDH 手术知情同意书
- 5.7.7.14. LCPD 手术知情同意书
- 5.7.7.15. 赘趾手术知情同意书
- 5.7.7.16. 肘内翻手术知情同意书

- 5.7.7.17. 高肩胛骨手术知情同意书
- 5.7.7.18. 骺开放手术知情同意书
- 5.7.7.19. 臀肌挛缩手术知情同意书
- 5.7.7.20. 马蹄内翻足手术知情同意书
- 5.7.7.21. 神经松解手术知情同意书
- 5.7.7.22. 石膏固定手术知情同意书
- 5.7.7.23. 良性肿瘤手术知情同意书
- 5.7.7.24. 骨肿瘤刮除取髂骨手术知情同意书
- 5.7.7.25. 骨囊肿手术知情同意书
- 5.7.7.26. 骨肉瘤手术知情同意书
- 5.7.7.27. 硬纤维瘤手术知情同意书
- 5.7.7.28. 骨窦内插管（骨髓腔输注）手术知情同意书
- 5.7.8. 综合
 - 5.7.8.1. 关节镜手术知情同意书
 - 5.7.8.2. 骨科扩创手术知情同意书
 - 5.7.8.3. 骨科有创检查和治疗知情同意书
 - 5.7.8.4. 关节腔穿刺术知情同意书
- 5.8. 血管外科
 - 5.8.1. 头面颈部血管手术知情同意书
 - 5.8.2. 内脏血管手术知情同意书
 - 5.8.3. 肢体血管手术知情同意书
 - 5.8.4. 血管瘤动脉造影+栓塞手术知情同意书
 - 5.8.5. 血管瘤支架腔内隔绝手术知情同意书
 - 5.8.6. 血管瘤/先天性动静脉瘘截肢手术知情同意书
 - 5.8.7. 血管瘤/先天性动静脉瘘切除手术知情同意书
 - 5.8.8. 血管瘤（静脉畸形）激光或硬化注射治疗知情同意书
 - 5.8.9. 肠系膜上动脉切开取栓和/或内膜剥脱手术知情同意书
 - 5.8.10. 大隐静脉激光治疗知情同意书
 - 5.8.11. 人工血管切开探查、取栓手术知情同意书
- 5.9. 烧伤科
 - 5.9.1. 烧伤科手术知情同意书
- 5.10. 整形外科
 - 5.10.1. 鼻整形手术知情同意书
 - 5.10.2. 隆鼻手术知情同意书
 - 5.10.3. 皮瓣转移鼻再造手术知情同意书
 - 5.10.4. 鼻再造一期额部扩张器植入手术知情同意书
 - 5.10.5. 再造鼻断蒂及修整手术知情同意书
 - 5.10.6. 齿槽嵴裂修复手术知情同意书
 - 5.10.7. 唇裂修复手术知情同意书
 - 5.10.8. 腭裂修复手术知情同意书
 - 5.10.9. 腭咽闭合不全修复手术知情同意书
 - 5.10.10. 外耳再造返修手术知情同意书
 - 5.10.11. 耳后扩张器置入手术知情同意书
 - 5.10.12. 再造耳局部修整手术知情同意书
 - 5.10.13. LefortI 型截骨手术知情同意书

- 5.10.14. 颈部截骨整形手术知情同意书
- 5.10.15. 隆颈手术知情同意书
- 5.10.16. 颧骨截骨降低手术知情同意书
- 5.10.17. 上颌前部根尖下截骨手术知情同意书
- 5.10.18. 下颌角截骨手术知情同意书
- 5.10.19. 颅面部多发骨折复位固定手术知情同意书
- 5.10.20. 上下颌根尖下截骨整形手术知情同意书
- 5.10.21. 双侧下颌骨外板打磨手术知情同意书
- 5.10.22. 眼球内陷畸形矫正手术知情同意书
- 5.10.23. 下颌升支矢状劈开截骨前突畸形矫正手术知情同意书
- 5.10.24. 处女膜修补、小阴唇整形、阴道紧缩手术知情同意书
- 5.10.25. 阴道再造手术知情同意书
- 5.10.26. 隆乳手术知情同意书
- 5.10.27. 乳房上提手术知情同意书
- 5.10.28. 乳房再造手术知情同意书
- 5.10.29. 乳房注射人工材料取出手术知情同意书
- 5.10.30. 双侧乳房缩小整形手术知情同意书
- 5.10.31. 自体颗粒脂肪注射移植隆乳手术知情同意书
- 5.10.32. 男性乳房脂肪抽吸+腺体切除手术知情同意书
- 5.10.33. 腹壁整形手术知情同意书
- 5.10.34. 吸脂手术知情同意书
- 5.10.35. 脂肪移植手术知情同意书
- 5.10.36. 除皱手术知情同意书
- 5.10.37. 扩张器植入手术知情同意书
- 5.10.38. 扩张器取出手术知情同意书
- 5.10.39. 内外眦开大手术知情同意书
- 5.10.40. 上睑下垂矫正手术知情同意书
- 5.10.41. 下睑袋切除手术知情同意书
- 5.10.42. 重睑手术知情同意书
- 5.10.43. 植皮手术知情同意书
- 5.10.44. 尿道下裂修复手术知情同意书
- 5.11. 肿瘤科
 - 5.11.1. 放射性治疗知情同意书
 - 5.11.2. 化学性药物治疗知情同意书
 - 5.11.3. 腹腔化疗治疗知情同意书
 - 5.11.4. 腹腔热灌注化疗治疗知情同意书
 - 5.11.5. 放射性粒子植入治疗知情同意书
 - 5.11.6. 高能超声聚焦刀治疗知情同意书
 - 5.11.7. 光动力治疗知情同意书
- 6. 妇产科
 - 6.1. 妇科
 - 6.1.1. 腹腔镜+宫腔镜下子宫纵隔切除手术知情同意书
 - 6.1.2. 腹腔镜下检查手术知情同意书
 - 6.1.3. 全子宫切除手术知情同意书
 - 6.1.4. 宫颈活组织检查知情同意书

- 6.1.5. 子宫内膜电切手术知情同意书
- 6.1.6. 经腹患侧附件切除手术知情同意书
- 6.1.7. 经腹全子宫切除术+盆腔病灶清除术（备双侧附件切除术）手术知情同意书
- 6.1.8. 诊断性刮宫术和分段诊刮术知情同意书
- 6.1.9. 经阴道宫颈肌瘤切除术（备宫腔镜下手术）知情同意书
- 6.1.10. 卵巢癌肿瘤细胞减灭手术知情同意书
- 6.1.11. 子宫肌瘤剔除手术知情同意书
- 6.2. 产科
- 6.2.1. 产科分娩手术知情同意书
- 6.2.2. 异位妊娠病灶切除手术知情同意书
- 6.2.3. 剖宫产手术知情同意书
- 6.2.4. 脐静脉穿刺手术知情同意书
- 6.2.5. 绒毛取材手术知情同意书
- 6.2.6. 羊膜腔穿刺手术知情同意书
- 6.2.7. 异位妊娠保守治疗知情同意书
- 6.3. 计划生育科
- 6.3.1. 放置宫内节育器手术知情同意书
- 6.3.2. 宫腔镜手术知情同意书
- 6.3.3. 皮下埋植剂放置手术知情同意书
- 6.3.4. 皮下埋植剂取出手术知情同意书
- 6.3.5. 取出宫内节育器手术知情同意书
- 6.3.6. 人工流产负压吸引/钳刮手术知情同意书
- 6.3.7. 输卵管绝育手术知情同意书
- 6.3.8. 药物流产手术知情同意书
- 6.3.9. 中期妊娠引产手术知情同意书
- 6.4. 生殖中心
- 6.4.1. 促排卵治疗知情同意书
- 6.4.2. 冻融卵母细胞知情同意书
- 6.4.3. 辅助孵化知情同意书
- 6.4.4. 妇科内分泌疾病与不育诊治知情同意书
- 6.4.5. 附睾/睾丸取精术知情同意书
- 6.4.6. 供精人工授精（AID）知情同意书
- 6.4.7. 冷冻保存精液和解冻应用知情同意书
- 6.4.8. 卵母细胞胞浆内单精子注射知情同意书
- 6.4.9. 囊胚培养和移植知情同意书
- 6.4.10. 人类供精辅助生殖技术随访及婚前排查知情同意书
- 6.4.11. 受卵知情同意书
- 6.4.12. 体外受精胚胎冻存知情同意书
- 6.4.13. 体外受精一胚胎移植知情同意书
- 6.4.14. 选择性胚胎减灭术知情同意书
- 6.4.15. 赠精体外受精一胚胎移植知情同意书
- 6.4.16. 赠卵用于科学研究知情同意书
- 6.4.17. 赠卵知情同意书
- 6.4.18. 丈夫精液人工授精知情同意书

- 7. 儿科
 - 7.1. 小儿眼科
 - 7.1.1. 板腺睑囊肿手术知情同意书
 - 7.1.2. 睑内翻、倒睫手术知情同意书
 - 7.1.3. 上睑下垂手术知情同意书
 - 7.1.4. 眼肌手术知情同意书
 - 7.2. 小儿内科
 - 7.2.1. 侧脑室穿刺手术知情同意书
 - 7.2.2. 腹腔穿刺手术知情同意书
 - 7.2.3. 骨髓穿刺手术知情同意书
 - 7.2.4. 激光治疗知情同意书
 - 7.2.5. 静脉注射含碘造影剂治疗知情同意书
 - 7.2.6. 局部注射平阳霉素治疗知情同意书
 - 7.2.7. 鞘内注射治疗知情同意书
 - 7.2.8. 硬脑膜下穿刺手术知情同意书
 - 7.2.9. 直立倾斜试验治疗知情同意书
 - 7.3. 新生儿科
 - 7.3.1. 低体重儿及危重症病人颈静脉输注药物治疗知情同意书
 - 7.3.2. 早产儿氧疗知情同意书
 - 7.3.3. 抗胸腺细胞免疫球蛋白治疗知情同意书
 - 7.3.4. 早产儿病情与治疗知情同意书
- 8. 感染疾病科
 - 8.1. 感染疾病特殊药物治疗知情同意书
 - 8.2. 传染病人住院知情同意书
 - 8.3. 甲类传染病人住院须知
 - 8.4. 强制隔离排查病人告知
- 9. 皮肤性病科
 - 9.1. 性病特殊药物治疗知情同意书
 - 9.2. 皮肤活检治疗知情同意书
 - 9.3. 微波治疗知情同意书
 - 9.4. 妊娠合并性传播疾病治疗知情同意书
- 10. 康复医学科
 - 10.1. 物理医学与康复科康复治疗知情同意书
 - 10.2. 中频理疗治疗知情同意书
- 11. 中医科
 - 11.1. 针刀治疗知情同意书
 - 11.2. 全身浸浴治疗知情同意书
 - 11.3. 药物灌肠治疗知情同意书
 - 11.4. 中药浸浴治疗知情同意书
- 12. 病理科
 - 12.1. 手术中冰冻切片快速病理检查知情同意书
 - 12.2. 细针针吸细胞病理学检查知情同意书
- 13. 高压氧治疗科
 - 13.1. 高压氧治疗知情同意书
- 14. 医学影像科

- 14. 1. CT 引导下穿刺活检知情同意书
- 14. 2. CT 增强检查知情同意书
- 14. 3. 超声引导下穿刺活检知情同意书
- 15. 核医学科
- 15. 1. 碘-131 治疗甲状腺癌治疗知情同意书
- 15. 2. 同位素“云克”治疗知情同意书
- 15. 3. 肿瘤骨转移核素治疗知情同意书
- 16. 急诊科
- 16. 1. 碘过敏试验检查知情同意书
- 16.2.破伤风用药治疗知情同意书
- 16.3.青霉素皮试检查知情同意书

七、 临床分科知情同意书部分参考样本目录使用说明

此部分内容是收集 26 家医院现行样本，根据卫生部《医疗机构诊疗科目名录》规定的专业学科作为分类依据，按科室作为基本分类单位，在科室分类项下遵循从头到脚、从里到外排列顺序，分为眼科、普外科、内科等 16 个科室，共 431 类。

目前许多医院按疾病分类并制成计算机模版，都在不断摸索中。由于有些医院科室和专业的分类有所不同，故有些项目的范围和分类与各医院的具体情况也不尽相同。我们将收集各医院实践中使用的部分原始资料编成目录形式，有些项目不尽完善，仅供专业分类参考，希望各医院可以根据自身情况在此基础上进行简化、修改、重新归类或者补充完善。

医疗知情同意书范本参与课题成员名单

课题组顾问

曹荣桂	中国医院协会	会 长
汪建荣	卫生部政法司	国家卫生监察专员（正司局级）

课题组指导

焦雅辉	卫生部医政司	处 长
赵 宁	卫生部政法司	副司长
王 玲	卫生部政法司	处 长
高光明	卫生部医管司	处 长
张 鸣	卫生部信访处	处 长
马旭东	卫生部医政司	科 员
范 晶	卫生部医管司	科 员
杜 涛	全国人大法工委民法室	处 长
陈 特	北京市高级人民法院	法 官
吴兆祥	最高法院研究室	主 任
王艳彬	最高法院研究室	处 长
林文学	最高人民法院立案庭	副庭长
何颂跃	北京法源司法科学证据鉴定中心	主 任
霍家润	北京明正司法鉴定中心	主 任
李文斌	中国人保财险北京分公司	经 理

课题组组长

潘学田	中国医院协会	副会长
李月东	中国医院协会	秘书长
郑雪倩	北京市华卫律师事务所	主 任
	中国医院协会医疗法制专业委员会	副主任

课题组副组长

高树宽	北京大学第一医院	教 授
耿仁文	南方医科大学附属南方医院	院 长
黎晓新	北京大学人民医院	副院长
王 农	北京市第一中级人民法院	法 官

课题组成员

南方医科大学附属南方医院院办主任	田 柯
南方医科大学附属南方医院客户服务中心主任	于 宏
北京大学人民医院党委副书记 医务处处长	赵 跃
北京大学人民医院医务处	周 钧
北京大学第一医院法律事务部主任	王北京
北京大学第一医院医务处处长	王 平
北京大学第三医院医务处处长	周洪柱

北京协和医院医务处副处长	刘宇
卫生部中日友好医院医保处处长	田献氢
卫生部北京医院医患办主任	魏亮瑜
北京安贞医院副院长	陈方
北京安贞医院医务处处长	孔晴宇
北京大学口腔医院院长助理 医务处处长	沈曙明
北京大学口腔医院医务处	施祖东
医科院整形外科医院副院长	吴念
医科院整形外科医院医患办主任	李丽
北京同仁医院医务处处长	陈虹
北京同仁医院眼科	张举
北京同仁医院耳鼻喉科主任	邵鸣凯
中国人民解放军总医院法律事务部主任	张宝珠
海军总医院医患办主任	华力
空军总医院医患办主任	韩鸿星
武警总医院医患办主任	杜金赞
北京中医医院医务处处长	尉晓力
北京佑安医院医务处处长	单晶
北京妇产医院医务处处长	于亚滨
北京肿瘤医院医务处处长	梁万宁
北京积水潭医院医患办主任	陈伟
解放军 261 医院医务处处长	郑永军
北京友谊医院医务处处长	崔玫
北京友谊医院消化科主任	孟凡冬
北京世纪坛医院医务处副处长	王勇
北京宣武医院医务处	兰钊
北京地坛医院医务处副处长	赵香梅
首都儿研所副所长	杨健
首都儿研所医患办主任	李杰
首都儿研所医务处处长	黄敏
北京市华卫律师事务所助理	张诗煊
支持单位	
重庆药友制药有限责任公司	
阿斯利康无锡贸易有限公司	