

# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: 性别: 女 年龄: 56 住院号: 日期: 2008-10-01

科室: 口腔颌面外科 床位: 05 诊断: 扁平苔藓

**病情及治疗建议:** 医师已经告知我患有扁平苔藓, 需要在全身麻醉下进行扁平苔藓切除术+组织补片修复术。

手术目的: 1、进一步明确诊断 2、切除病灶 3、缓解症状

预期效果: 1、疾病诊断进一步明确 2、疾病进展获得控制/部分控制/未控制 3、症状完全缓解/部分缓解/未缓解

可替代治疗方案: 保守观察;

存在的风险及对策:

意外情况:

- 1、麻醉意外: 详见麻醉协议书;
- 2、机体发生的意外情况: 心脑血管病变、心衰、严重心律失常、呼吸心跳骤停、多器官功能衰竭甚至死亡;
- 3、由于疾病复杂多变、目前医学科技条件无法预料或不能防范的不良后果、自然灾害、战争、恐怖活动、意外停电等不可抗力因素。

手术并发症:

- 1、术中术后大出血、肿胀;
- 2、术后感染、伤口裂开、疼痛、瘢痕增生、开口受限、粘膜糜烂;
- 3、腮腺导管损伤, 必要时摘除腮腺或行导管改道术
- 4、复发, 转移;
- 5、根据术中、术后情况调整手术方案或行进一步处理;

**医生陈述:**

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: 肖文林



签名日期: 2008.10.01

**患者知情选择:**

医师已经告知我将要进行的手术方式及可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处

# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 56 住院号: [REDACTED] 日期: 2008-10-01

科室: 口腔颌面外科 床位: 05 诊断: 扁平苔藓

置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名: [REDACTED]  
授权委托人或法定监护人签名: [REDACTED] 与患者的关系: 母女  
签名日期: 2008.10.01



# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 65 住院号: [REDACTED] 日期: 2015-07-08

科室: 口腔颌面外科 床位: 59 诊断: 扁平苔藓

**病情及治疗建议:** 医师已经告知我患有扁平苔藓, 需要在全身麻醉下进行扁平苔藓切除术+组织补片修复术。

手术目的: 1、进一步明确诊断 2、切除病灶 3、缓解症状

预期效果: 1、疾病诊断进一步明确 2、疾病进展获得控制/部分控制/未控制 3、症状完全缓解/部分缓解/未缓解

可替代治疗方案: 保守观察;

存在的风险及对策:

意外情况:

- 1、麻醉意外: 详见麻醉协议书;
- 2、机体发生的意外情况: 心脑血管病变、心衰、严重心律失常、呼吸心跳骤停、多器官功能衰竭甚至死亡;
- 3、由于疾病复杂多变、目前医学科技条件无法预料或不能防范的不良后果、自然灾害、战争、恐怖活动、意外停电等不可抗力因素。

手术并发症:

- 1、术中术后大出血、肿胀;
- 2、术后感染、伤口裂开、疼痛、瘢痕增生、开口受限、粘膜糜烂;
- 3、腮腺导管损伤, 必要时摘除腮腺或行导管改道术
- 4、复发, 转移;
- 5、根据术中、术后情况调整手术方案或行进一步处理;

**医生陈述:**

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: 肖文林



**患者知情选择:**

医师已经告知我将要进行的手术方式及可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处

# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 65 住院号: [REDACTED] 日期: 2015-07-08

科室: 口腔颌面外科 床位: 59 诊断: 扁平苔藓

置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名: [REDACTED]

授权委托人或法定监护人签名: [REDACTED]

与患者的关系: 父子

签名日期: 2015.7.8



# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 56 住院号: [REDACTED] 日期: 2019-09-08

科室: 口腔颌面外科 床位: 60 诊断: 扁平苔藓

**病情及治疗建议:** 医师已经告知我患有扁平苔藓, 需要在全身麻醉下进行扁平苔藓切除术+组织补片修复术。

手术目的: 1、进一步明确诊断 2、切除病灶 3、缓解症状

预期效果: 1、疾病诊断进一步明确 2、疾病进展获得控制/部分控制/未控制 3、症状完全缓解/部分缓解/未缓解

可替代治疗方案: 保守观察;

存在的风险及对策:

意外情况:

- 1、麻醉意外: 详见麻醉协议书;
- 2、机体发生的意外情况: 心脑血管病变、心衰、严重心律失常、呼吸心跳骤停、多器官功能衰竭甚至死亡;
- 3、由于疾病复杂多变、目前医学科技条件无法预料或不能防范的不良后果、自然灾害、战争、恐怖活动、意外停电等不可抗力因素。

手术并发症:

- 1、术中术后大出血、肿胀;
- 2、术后感染、伤口裂开、疼痛、瘢痕增生、开口受限、粘膜糜烂;
- 3、腮腺导管损伤, 必要时摘除腮腺或行导管改道术
- 4、复发, 转移;
- 5、根据术中、术后情况调整手术方案或行进一步处理;

**医生陈述:**

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: 肖文林



**患者知情选择:**

医师已经告知我将要进行的手术方式及可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处

# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 56 住院号: [REDACTED] 日期: 2019-09-08

科室: 口腔颌面外科 床位: 60 诊断: 扁平苔藓

置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名: [REDACTED]

授权委托人或法定监护人签名: [REDACTED]

与患者的关系: 父子

签名日期: 2019.9.8



# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 48 住院号: [REDACTED] 日期: 2009-07-08

科室: 口腔颌面外科 床位: 36 诊断: 扁平苔藓

**病情及治疗建议:** 医师已经告知我患有扁平苔藓, 需要在全身麻醉下进行扁平苔藓切除术+组织补片修复术。

手术目的: 1、进一步明确诊断 2、切除病灶 3、缓解症状

预期效果: 1、疾病诊断进一步明确 2、疾病进展获得控制/部分控制/未控制 3、症状完全缓解/部分缓解/未缓解

可替代治疗方案: 保守观察;

存在的风险及对策:

意外情况:

- 1、麻醉意外: 详见麻醉协议书;
- 2、机体发生的意外情况: 心脑血管病变、心衰、严重心律失常、呼吸心跳骤停、多器官功能衰竭甚至死亡;
- 3、由于疾病复杂多变、目前医学科技条件无法预料或不能防范的不良后果、自然灾害、战争、恐怖活动、意外停电等不可抗力因素。

手术并发症:

- 1、术中术后大出血、肿胀;
- 2、术后感染、伤口裂开、疼痛、瘢痕增生、开口受限、粘膜糜烂;
- 3、腮腺导管损伤, 必要时摘除腮腺或行导管改道术
- 4、复发, 转移;
- 5、根据术中、术后情况调整手术方案或行进一步处理;

**医生陈述:**

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: 肖文林



**患者知情选择:**

医师已经告知我将要进行的手术方式及可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处

# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 48 住院号: [REDACTED] 日期: 2009-07-08

科室: 口腔颌面外科 床位: 36 诊断: 扁平苔藓

置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名: [REDACTED]  
授权委托人或法定监护人签名: [REDACTED]

与患者的关系: 夫妻

签名日期: 2009.7.8





# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: 性别: 女 年龄: 60 住院号: 日期: 2009-10-08

科室: 口腔颌面外科 床位: 32 诊断: 扁平苔藓

**病情及治疗建议:** 医师已经告知我患有扁平苔藓, 需要在全身麻醉下进行扁平苔藓切除术+组织补片修复术。

手术目的: 1、进一步明确诊断 2、切除病灶 3、缓解症状

预期效果: 1、疾病诊断进一步明确 2、疾病进展获得控制/部分控制/未控制 3、症状完全缓解/部分缓解/未缓解

可替代治疗方案: 保守观察;

存在的风险及对策:

意外情况:

- 1、麻醉意外: 详见麻醉协议书;
- 2、机体发生的意外情况: 心脑血管病变、心衰、严重心律失常、呼吸心跳骤停、多器官功能衰竭甚至死亡;
- 3、由于疾病复杂多变、目前医学科技条件无法预料或不能防范的不良后果、自然灾害、战争、恐怖活动、意外停电等不可抗力因素。

手术并发症:

- 1、术中术后大出血、肿胀;
- 2、术后感染、伤口裂开、疼痛、瘢痕增生、开口受限、粘膜糜烂;
- 3、腮腺导管损伤, 必要时摘除腮腺或行导管改道术
- 4、复发, 转移;
- 5、根据术中、术后情况调整手术方案或行进一步处理;

**医生陈述:**

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: 肖文林



**患者知情选择:**

医师已经告知我将要进行的手术方式及可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处

# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 60 住院号: [REDACTED] 日期: 2009-10-08

科室: 口腔颌面外科 床位: 32 诊断: 扁平苔藓

置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名: [REDACTED]  
授权委托人或法定监护人签名: [REDACTED]  
签名日期: 2009.10.8

与患者的关系: 夫妻



# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 59 住院号: [REDACTED] 日期: 2010-10-11

科室: 口腔颌面外科 床位: 32 诊断: 扁平苔藓

**病情及治疗建议:** 医师已经告知我患有扁平苔藓, 需要在全身麻醉下进行扁平苔藓切除术+组织补片修复术。

手术目的: 1、进一步明确诊断 2、切除病灶 3、缓解症状

预期效果: 1、疾病诊断进一步明确 2、疾病进展获得控制/部分控制/未控制 3、症状完全缓解/部分缓解/未缓解

可替代治疗方案: 保守观察;

存在的风险及对策:

意外情况:

- 1、麻醉意外: 详见麻醉协议书;
- 2、机体发生的意外情况: 心脑血管病变、心衰、严重心律失常、呼吸心跳骤停、多器官功能衰竭甚至死亡;
- 3、由于疾病复杂多变、目前医学科技条件无法预料或不能防范的不良后果、自然灾害、战争、恐怖活动、意外停电等不可抗力因素。

手术并发症:

- 1、术中术后大出血、肿胀;
- 2、术后感染、伤口裂开、疼痛、瘢痕增生、开口受限、粘膜糜烂;
- 3、腮腺导管损伤, 必要时摘除腮腺或行导管改道术
- 4、复发, 转移;
- 5、根据术中、术后情况调整手术方案或行进一步处理;

**医生陈述:**

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: 肖文林



**患者知情选择:**

医师已经告知我将要进行的手术方式及可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处

# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 59 住院号: [REDACTED] 日期: 2010-10-11

科室: 口腔颌面外科 床位: 32 诊断: 扁平苔藓

置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名: [REDACTED]  
授权委托人或法定监护人签名: [REDACTED]  
签名日期: 2010/10/11

与患者的关系: 母女



# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 55 住院号: [REDACTED] 日期: 2010-08-29

科室: 口腔颌面外科 床位: 29 诊断: 扁平苔藓

**病情及治疗建议:** 医师已经告知我患有扁平苔藓, 需要在全身麻醉下进行扁平苔藓切除术+组织补片修复术。

手术目的: 1、进一步明确诊断 2、切除病灶 3、缓解症状

预期效果: 1、疾病诊断进一步明确 2、疾病进展获得控制/部分控制/未控制 3、症状完全缓解/部分缓解/未缓解

可替代治疗方案: 保守观察;

存在的风险及对策:

意外情况:

- 1、麻醉意外: 详见麻醉协议书;
- 2、机体发生的意外情况: 心脑血管病变、心衰、严重心律失常、呼吸心跳骤停、多器官功能衰竭甚至死亡;
- 3、由于疾病复杂多变、目前医学科技条件无法预料或不能防范的不良后果、自然灾害、战争、恐怖活动、意外停电等不可抗力因素。

手术并发症:

- 1、术中术后大出血、肿胀;
- 2、术后感染、伤口裂开、疼痛、瘢痕增生、开口受限、粘膜糜烂;
- 3、腮腺导管损伤, 必要时摘除腮腺或行导管改道术
- 4、复发, 转移;
- 5、根据术中、术后情况调整手术方案或行进一步处理;

**医生陈述:**

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: 肖文林



**患者知情选择:**

医师已经告知我将要进行的手术方式及可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处

# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 55 住院号: [REDACTED] 日期: 2010-08-29

科室: 口腔颌面外科 床位: 29 诊断: 扁平苔藓

置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名: [REDACTED]

授权委托人或法定监护人签名: [REDACTED]

签名日期: 2010.8.29

与患者的关系: 家属



# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 40 住院号: [REDACTED] 日期: 2011-10-29

科室: 口腔颌面外科 床位: 01 诊断: 扁平苔藓

**病情及治疗建议:** 医师已经告知我患有扁平苔藓, 需要在全身麻醉下进行扁平苔藓切除术+组织补片修复术。

手术目的: 1、进一步明确诊断 2、切除病灶 3、缓解症状

预期效果: 1、疾病诊断进一步明确 2、疾病进展获得控制/部分控制/未控制 3、症状完全缓解/部分缓解/未缓解

可替代治疗方案: 保守观察;

存在的风险及对策:

意外情况:

- 1、麻醉意外: 详见麻醉协议书;
- 2、机体发生的意外情况: 心脑血管病变、心衰、严重心律失常、呼吸心跳骤停、多器官功能衰竭甚至死亡;
- 3、由于疾病复杂多变、目前医学科技条件无法预料或不能防范的不良后果、自然灾害、战争、恐怖活动、意外停电等不可抗力因素。

手术并发症:

- 1、术中术后大出血、肿胀;
- 2、术后感染、伤口裂开、疼痛、瘢痕增生、开口受限、粘膜糜烂;
- 3、腮腺导管损伤, 必要时摘除腮腺或行导管改道术
- 4、复发, 转移;
- 5、根据术中、术后情况调整手术方案或行进一步处理;

**医生陈述:**

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: 肖文林



**患者知情选择:**

医师已经告知我将要进行的手术方式及可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处

# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 40 住院号: [REDACTED] 日期: 2011-10-29

科室: 口腔颌面外科 床位: 01 诊断: 扁平苔藓

置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名: [REDACTED]  
授权委托人或法定监护人签名: [REDACTED] 与患者的关系: 夫妻  
签名日期: 2011.10.29





# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 65 住院号: [REDACTED] 日期: 2012-01-05

科室: 口腔颌面外科 床位: 03 诊断: 扁平苔藓

**病情及治疗建议:** 医师已经告知我患有扁平苔藓, 需要在全身麻醉下进行扁平苔藓切除术+组织补片修复术。

手术目的: 1、进一步明确诊断 2、切除病灶 3、缓解症状

预期效果: 1、疾病诊断进一步明确 2、疾病进展获得控制/部分控制/未控制 3、症状完全缓解/部分缓解/未缓解

可替代治疗方案: 保守观察;

存在的风险及对策:

意外情况:

- 1、麻醉意外: 详见麻醉协议书;
- 2、机体发生的意外情况: 心脑血管病变、心衰、严重心律失常、呼吸心跳骤停、多器官功能衰竭甚至死亡;
- 3、由于疾病复杂多变、目前医学科技条件无法预料或不能防范的不良后果、自然灾害、战争、恐怖活动、意外停电等不可抗力因素。

手术并发症:

- 1、术中术后大出血、肿胀;
- 2、术后感染、伤口裂开、疼痛、瘢痕增生、开口受限、粘膜糜烂;
- 3、腮腺导管损伤, 必要时摘除腮腺或行导管改道术
- 4、复发, 转移;
- 5、根据术中、术后情况调整手术方案或行进一步处理;

**医生陈述:**

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: 肖文林



**患者知情选择:**

医师已经告知我将要进行的手术方式及可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处

# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名：[REDACTED] 性别：女 年龄：65 住院号：[REDACTED] 日期：2012-01-05

科室：口腔颌面外科 床位：03 诊断：扁平苔藓

置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名：[REDACTED]  
授权委托人或法定监护人签名：[REDACTED]  
签名日期：2012.01.05

与患者的关系：姐妹



# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 59 住院号: [REDACTED] 日期: 2013-11-05

科室: 口腔颌面外科 床位: 03 诊断: 扁平苔藓

**病情及治疗建议:** 医师已经告知我患有扁平苔藓, 需要在全身麻醉下进行扁平苔藓切除术+组织补片修复术。

手术目的: 1、进一步明确诊断 2、切除病灶 3、缓解症状

预期效果: 1、疾病诊断进一步明确 2、疾病进展获得控制/部分控制/未控制 3、症状完全缓解/部分缓解/未缓解

可替代治疗方案: 保守观察;

存在的风险及对策:

意外情况:

- 1、麻醉意外: 详见麻醉协议书;
- 2、机体发生的意外情况: 心脑血管病变、心衰、严重心律失常、呼吸心跳骤停、多器官功能衰竭甚至死亡;
- 3、由于疾病复杂多变、目前医学科技条件无法预料或不能防范的不良后果、自然灾害、战争、恐怖活动、意外停电等不可抗力因素。

手术并发症:

- 1、术中术后大出血、肿胀;
- 2、术后感染、伤口裂开、疼痛、瘢痕增生、开口受限、粘膜糜烂;
- 3、腮腺导管损伤, 必要时摘除腮腺或行导管改道术
- 4、复发, 转移;
- 5、根据术中、术后情况调整手术方案或行进一步处理;

**医生陈述:**

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: 肖文林



签名日期: 2013.11.05

**患者知情选择:**

医师已经告知我将要进行的手术方式及可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处

# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名：[REDACTED] 性别：男 年龄：59 住院号：[REDACTED] 日期：2013-11-05

科室：口腔颌面外科 床位：03 诊断：扁平苔藓

置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名：[REDACTED]

授权委托人或法定监护人签名：

签名日期：2013.11.05

与患者的关系：父子



# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 60 住院号: [REDACTED] 日期: 2014-12-05

科室: 口腔颌面外科 床位: 37 诊断: 扁平苔藓

**病情及治疗建议:** 医师已经告知我患有扁平苔藓, 需要在全身麻醉下进行扁平苔藓切除术+组织补片修复术。

手术目的: 1、进一步明确诊断 2、切除病灶 3、缓解症状

预期效果: 1、疾病诊断进一步明确 2、疾病进展获得控制/部分控制/未控制 3、症状完全缓解/部分缓解/未缓解

可替代治疗方案: 保守观察;

存在的风险及对策:

意外情况:

- 1、麻醉意外: 详见麻醉协议书;
- 2、机体发生的意外情况: 心脑血管病变、心衰、严重心律失常、呼吸心跳骤停、多器官功能衰竭甚至死亡;
- 3、由于疾病复杂多变、目前医学科技条件无法预料或不能防范的不良后果、自然灾害、战争、恐怖活动、意外停电等不可抗力因素。

手术并发症:

- 1、术中术后大出血、肿胀;
- 2、术后感染、伤口裂开、疼痛、瘢痕增生、开口受限、粘膜糜烂;
- 3、腮腺导管损伤, 必要时摘除腮腺或行导管改道术
- 4、复发, 转移;
- 5、根据术中、术后情况调整手术方案或行进一步处理;

**医生陈述:**

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: 肖文林



签名日期: 2014.12.05

**患者知情选择:**

医师已经告知我将要进行的手术方式及可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方法, 并且解答了关于我此次治疗的问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处

# 青岛大学附属医院

Affiliated Hospital of Qingdao University

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 60 住院号: [REDACTED] 日期: 2014-12-05

科室: 口腔颌面外科 床位: 37 诊断: 扁平苔藓

置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名: [REDACTED]  
授权委托人或法定监护人签名: [REDACTED]  
签名日期: 2014.12.05

与患者的关系: 兄弟

