**手术或诊断过程知情同意书**

**患者姓名： 出生日期：**

我了解并认可在今天的手术治疗中，可能需要经过下面的步骤或过程。

肛门镜检查，痔疮的橡胶套扎

**我了解并认可在任何步骤开始前，医生给我更多，更详细的针对性介绍。医生届时会解释相关诊断，我将会有机会问相关问题并得到解答。只有在我口头同意并书面签字该同意书后，才能开始手术治疗过程。**

**风险**

我了解医学手术治疗过程不是一项完美无缺的科学，并了解针对手术治疗结果，我并没有给予100% 的保障、承诺和保证。我理解手术治疗过程中可能会有疼痛、泌尿系统症状、出血、感染或者是过敏反应，并且痔疮亦可能有复发的风险。

通过手术治疗而获得的潜在的好处和手术可能的成功性是良好的。我理解并认可除手术外，也有其他的选择性治疗方式(不限于如下例子)：微创手术，红外线凝结，非处方药，或者是不做治疗（保持目前状态），如果手术被拒绝，我们当下并不能对将来做出提前预测。

我理解并认可手术治疗过程中，根据实际状况进展，可能会需要在原有的手术方案上做必要的延伸，或者手术过程中出现意外状况，或者是在该同意书签署时不可预知的其他状况 。假如出现目前无法预测的状况，我同意由我的医生实施他/她认为必要的手术措施。

我了解并认可，该手术/诊断过程同意书只对负责我案例的医生，该医生领导下的医务工作人员，涉及我案例的其他医务工作人员有效。

通过在下面签字，我认可我已经读过该同意书，并有相关工作人员对我做出解释，我完全理解该同意书。我同时认可，我被给予足够的机会咨询相关问题，我提出的问题得到了满意的答复或解释。通过在下面签字，我理解痔疮治疗可能存在的风险，潜在的受益和其他治疗方式。我自愿同意 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 医生,或由他/她指定或选定的其他的医生,以及涉及该手术的医务工作人员进行如上所述手术。我同时认可：我理解并同意在手术过程中，其他相关供应商或实习生也有可能会在现场。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

患者,或患者代表签名 日期/时间

N MDP 1485684 v2

2827009-000006 03/23/2015