六类《医疗说明知情同意（告知）书模板》

（试用版）应用指南

北京市医院管理局

医疗护理处

2014 年 9 月

前　言

为规范医务人员告知行为与告知内容，维护患者的知情同意权，加强医患沟通，北京市医院管理局委托中国医院协会医疗法制专业委员会专门组成项目研究组，在多次征求专家、医院修改意见的基础上，完成了六类《医疗说明知情同意（告知）书模板》（试用版）应用指南，其中含两部分的内容，第一部分是六类《医疗说明知情同意（告知）书模板》（试用版）及说明同意书模版告知时特别注意的事项。第二部分是六类《医疗说明知情同意（告知）书》使用说明，针对每个栏目设置的目的、意义及内容中的关键词做了详细的说明、解读，同时介绍了应用时的方法及注意事项。

希望各试点医院在应用过程中，可以根据本医院各科室专业按照疾病的手术、特殊检查、特殊治疗制定固定格式化模板，减轻医生书写负担以便医生选择、填写，并就模板提出修改和完善的建议，最终形成适合市属医院使用的说明同意告知标准范本。

目　录

一、六类《医疗说明知情同意（告知）书模板》（试用版）

1.手术说明知情同意书 5

2.特殊检查说明知情同意书 8

3.特殊治疗说明知情同意书 11

4.特殊检查与治疗说明知情同意书 14

5.住院患者外出告知书 17

6.患者死亡通知书 18

7.履行说明知情同意书告知时应注意的事项..... 18

二、六类《医疗说明知情同意（告知）书模板》（试用版）使用说明

第一部分、手术说明知情同意书模版项目使用说明..... 22

第二部分、特殊检查说明知情同意书模板项目使用说明..... 30

第三部分、特殊治疗说明知情同意书模板项目使用说明..... 38

第四部分、特殊检查与治疗说明知情同意书模板项目使用说明. 46

第五部分、住院患者外出告知书模板项目使用说明..... 54

第六部分、患者死亡通知书模板项目使用说明..... 58

一、六类《医疗说明知情同意（告知）书模板》（试用版）

1.手术说明知情同意书 5

2.特殊检查说明知情同意书 8

3.特殊治疗说明知情同意书 11

4.特殊检查与治疗说明知情同意书 14

5.住院患者外出告知书 17

6.患者死亡通知书 188

7.履行说明知情同意书告知时应注意的事项..... 18

1. 手术说明知情同意书模版

_____医院_____手术说明知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，您有此手术的适应症，建议您采取手术治疗，特向您详细介绍和说明：病情简介、术前诊断、手术名称、手术目的、手术风险（包括术中或术后可能出现的并发症等）和需要采取的相应措施以及替代医疗方案等，以便您理解相关手术情况，帮助您做出选择。鉴于医学手术风险较高，发生意外事件不能完全避免，建议您术前购买手术意外保险，分担手术风险）

一般项目	患者姓名：_____ 性　　别：_____ 年　龄：_____ 科　　室：_____ 病房或病区：_____ 病案号：_____ 身份证号码：_____
医师说明	【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度） _____ _____ 【过敏史】_____ _____ _____ 【术前诊断】_____ _____ _____ 【替代医疗方案】（目前的主要不同治疗方案及手术方式介绍） _____ _____ 【拟行手术适应症】_____ _____ _____ 【建议拟行手术名称】_____ _____ 【手术目的】_____ _____ 【手术部位】_____ _____ 【局部麻醉方式及风险】_____ _____ 经治医师签名：_____患者/患者近亲属/法定监护人签名：_____ 时间：　　年　　月　日　分　　地点：

【患者自身存在危险因素】_____

_____

【拟行手术禁忌症】_____

_____

_____

【手术风险，包括术中或术后可能出现的并发症等】

□1、

□2、

□3、

□4、

□5、

□6、

□7、

□8、

□9、

□10、

其他：_____

_____。

【术后主要注意事项】_____

_____。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除手术风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，恳请理解。

_____

_____。

【拒绝手术可能发生的后果】_____

_____。

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

经治医师签名：_____签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

术者签名确认：_____

患者知情同意内容	**患者/患者近亲属/法定监护人确认：** 医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案，并已就医疗风险和并发症**（请患者本人书写第几条到第几条全部内容）**向我进行了充分说明。我理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、疾病突发变化及个人体质差异的影响,术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险，**不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。** 医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式，也可以拒绝或放弃此项手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。 _____ **（请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解**医师对我解释的以上**全部内容，特做以下声明：”字样）** 我_____（填写“**同意**”）接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。 **并授权医师：**在术中或术后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，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。 患者签名：_____ 患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____ 患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____ 签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____ 我_____（填写“**不同意**”）接受医师建议的手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。 患者签名：_____ 患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____ 患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____ 签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____
备注	患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由： 记录人：_____ 见证人：_____ 见证人身份证号码：_____ 时间： 年 月 日 分 地点：_____ 如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名，请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实。

一式两联（上页医院留存，下页患者留存）

2.特殊检查说明知情同意书模板

_____医院_____特殊检查说明知情同意书

尊敬的患者：

您好！根据您目前的病情，建议您进行本项特殊检查，根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，“特殊检查”是指较一般检查方法难度更高、侵害性更大，有一定危险性，可能产生不良后果且费用较高的检查。因此，医师特向您详细说明：检查项目、检查目的、医疗风险（包括检查中或检查后可能出现的并发症等）、替代检查方案及相应措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

一般项目	患者姓名：_____ 性　　别：_____ 年　龄：_____ 科　　室：_____ 病房或病区：_____ 病案号：_____ 身份证号码：_____
医师说明	【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度） _____ _____ 【过敏史】_____ _____ _____ 【检查前诊断】_____ _____ _____ 【替代检查方案】（目前的主要不同检查方式介绍） _____ _____ 【拟行检查适应症】_____ _____ _____ 【建议拟行检查名称】_____ _____ 【检查目的】_____ _____ 【检查部位】_____ _____ 【局部麻醉方式及风险】_____ _____ 检查医师签名：_____患者/患者近亲属/法定监护人签名：_____ 时间：　　年　　月　　日　　分　　地点：

【患者自身存在危险因素】_____

_____

【拟行特殊检查禁忌症】_____

_____

_____

【检查风险，包括检查中或检查后可能出现的并发症等】

□1、

□2、

□3、

□4、

□5、

□6、

□7、

□8、

□9、

□10、

其他：_____

_____。

【检查后主要注意事项】_____

_____。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除检查风险及医疗意外风险等因素，存在检查前和检查后不可预见的特殊情况，恳请理解。

_____

_____。

【拒绝检查可能发生的后果】_____

_____。

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

检查医师签名：_____签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

患者知情同意内容	**患者/患者近亲属/法定监护人确认：** 医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊检查，并已就医疗风险和并发症 **（请患者本人书写第几条到第几条全部内容）**向我进行了充分说明。我理解特殊检查可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道特殊检查是创伤性检查手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响,检查前、检查中、检查后可能发生不可预见的医疗意外风险，**不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。** 医师已向我解释过其他替代检查方式及其风险，我知道我有权选择其他检查方式，也可以拒绝或放弃此项检查，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、检查及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。 _____ **（请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解**医师对我解释的以上**全部内容，特做以下声明：”字样）** 我_____（填写“**同意**”）接受医师建议的检查方案并愿意承担上述手术风险。 **并授权医师：**在检查中或检查后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，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检查方案实施必要的抢救。 患者签名：_____ 患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____ 患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____ 签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____ 我_____（填写“**不同意**”）接受医师建议的检查方案，并且愿意承担因拒绝施行检查导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。 患者签名：_____ 患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____ 患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____ 签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____
备注	患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由： 记录人：_____ 见证人：_____ 见证人身份证号码：_____ 时间： 年 月 日 分 地点：_____ 如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名，请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实。

一式两联（上页医院留存，下页患者留存）

3.特殊治疗说明知情同意书模板

_____医院_____特殊治疗说明知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，建议您进行本项特殊治疗，根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，“特殊治疗”是指较一般性治疗难度更高、侵害性更大，有一定危险性，可能产生不良后果且费用较高的治疗。医师特向您详细说明：治疗项目、治疗目的、医疗风险（包括治疗中或治疗后可能出现的并发症等）、替代医疗方案及相应措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

一般项目	患者姓名：_____ 性　　别：_____ 年　龄：_____ 科　　室：_____ 病房或病区：_____ 病案号：_____ 身份证号码：_____
医师说明	【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度） _____ _____ 【过敏史】_____ _____ 【治疗前诊断】_____ _____ _____ 【替代治疗方案】（目前的主要不同治疗方案介绍） _____ _____ 【拟行治疗适应症】_____ _____ _____ 【建议拟行治疗名称】_____ _____ 【治疗目的】_____ _____ 【治疗部位】_____ _____ 【局部麻醉方式及风险】_____ _____ 治疗医师签名：_____患者/患者近亲属/法定监护人签名：_____ 时间：　　年　　月　　日　　分　　地点：

【患者自身存在危险因素】_____

_____

【拟行特殊治疗禁忌症】_____

_____

_____

【治疗风险，包括治疗中或治疗后可能出现的并发症等】

□1、

□2、

□3、

□4、

□5、

□6、

□7、

□8、

□9、

□10、

其他：_____

_____。

【治疗后主要注意事项】_____

_____。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除治疗风险及医疗意外风险等因素，存在治疗前和治疗后不可预见的特殊情况，恳请理解。

_____

_____。

【拒绝治疗可能发生的后果】_____

_____。

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

治疗医师签名：_____签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

患者知情同意内容	**患者/患者近亲属/法定监护人确认：** 医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊治疗方案，并已就医疗风险和并发症**（请患者本人书写第几条到第几条全部内容）**向我进行了充分说明。我理解治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道特殊治疗是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响,治疗前、治疗中、治疗后可能发生不可预见的医疗意外风险，**不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。** 医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案，也可以拒绝或放弃此项治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、治疗及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。 _____ **（请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解**医师对我解释的以上**全部内容，特做以下声明：”字样）** 我_____（填写“**同意**”）接受医师建议的特殊治疗方案并愿意承担上述治疗风险。 **并授权医师：**在治疗中或治疗后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，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特殊治疗方案实施必要的抢救。 患者签名：_____ 患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____ 患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____ 签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____ 我_____（填写“**不同意**”）接受医师建议的特殊治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行治疗导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。 患者签名：_____ 患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____ 患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____ 签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____
备注	患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由： 记录人：_____ 见证人：_____ 见证人身份证号码：_____ 时间： 年 月 日 分 地点：_____ 如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名，请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实。

一式两联（上页医院留存，下页患者留存）

4. 特殊检查与治疗说明知情同意书模板

_____医院_____特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查与特殊治疗是指较一般检查与治疗难度更高、侵害性更大，有一定危险性，可能产生不良后果且费用较高的检查与治疗。为了减少反复操作，减轻您的痛苦、减少您的费用，提高检查与治疗效率，在检查确诊后，根据您的病情，在条件许可的情况下，建议同时进行治疗，医师特向您详细说明：特殊检查与特殊治疗项目、方法、目的、医疗风险（包括检查中与治疗中以及检查治疗后都有可能出现的并发症等）、替代诊治方案及相关措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

一般项目	患者姓名：_____ 性　　别：_____ 年　龄：_____ 科　　室：_____ 病房或病区：_____ 病案号：_____ 身份证号码：_____
医师说明	【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度） _____ _____ 【过敏史】_____ _____ 【检查与治疗前诊断】_____ _____ _____ 【替代检查与治疗方案】（目前的主要不同检查与治疗方案介绍） _____ _____ 【拟行检查与治疗适应症】_____ _____ _____ 【建议拟行检查与治疗名称】_____ _____ 【检查与治疗目的】_____ _____ 【检查与治疗部位】_____ _____ 【局部麻醉方式及风险】_____ _____ 检查医师签名：_____ 治疗医师签名：_____患者/患者近亲属/法定监护人签名：_____ 时间：　　年　　月　　日　　分　　地点：_____

【患者自身存在危险因素】_____

_____

【拟行特殊检查与治疗禁忌症】_____

_____

_____

【检查与治疗风险，包括检查与治疗中或检查与治疗后可能出现的并发症等】

□1、

□2、

□3、

□4、

□5、

□6、

□7、

□8、

□9、

□10、

其他：_____

_____。

【检查与治疗后主要注意事项】_____

_____。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除检查与治疗风险及医疗意外风险等因素，存在检查与治疗前和检查与治疗后不可预见的特殊情况，恳请理解。

_____

_____。

【拒绝检查与治疗可能发生的后果】_____

_____。

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

检查医师签名：_____

治疗医师签名：_____患者/患者近亲属/法定监护人签名：_____

时间：　　年　　月　　日　　分　　地点：_____

患者知情同意内容	**患者/患者近亲属/法定监护人确认：** 医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊检查与治疗方案，并已就医疗风险和并发症_____**（请患者本人书写第几条到第几条全部内容）**向我进行了充分说明。我理解检查与治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道检查与治疗是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响,检查与治疗前、检查与治疗中、检查与治疗后可能发生不可预见的医疗意外风险，**不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。** 医师已向我解释过其他替代检查与治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他检查与治疗方案，也可以拒绝或放弃此项检查与治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、检查与治疗及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。 _____ **（请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解**医师对我解释的以上**全部内容，特做以下声明：”字样）** 我_____（填写“**同意**”）接受医师建议的特殊检查与治疗方案并愿意承担上述检查与治疗风险。 **并授权医师：**在检查与治疗中或检查与治疗后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，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检查与治疗方案实施必要的抢救。 患者签名：_____ 患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____ 患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____ 签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____ 我_____（填写“**不同意**”）接受医师建议的特殊检查与治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行检查与治疗导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。 患者签名：_____ 患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____ 患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____ 签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____
备注	患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由： 记录人：_____ 见证人：_____ 见证人身份证号码：_____ 时间： 年 月 日 分 地点：_____ 如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名，请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实。

一式两联（上页医院留存，下页患者留存）

5．住院患者外出告知书模板

_____医院住院患者外出告知书

科室_____病房或病区_____病案号_____床位号_____身份证号码_____
患者姓名_____性别_____年龄_____

尊敬的患者：

您因病住院期间需要安心治疗，您目前的疾病状况不能外出。而且医保报销也有规定，患者办理住院手续期间离院不在医院住院治疗，医保不予以报销费用。外出有以下风险，有可能对您疾病、健康甚至生命造成不利影响：

1、 您的病情加重或恶化甚至危及生命；
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：

综上所述，我们建议您住院期间不要外出。

告知人签名：_____

签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

患者意见：

医务人员已将外出可能发生的风险向我告知，我明白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，本人愿意承担外出引发的一切风险、后果以及由此带来的法律责任。

患者签名：**“我已了解外出风险，我坚持外出”（患者抄写）** _____

患者近亲属/法定监护人签名：_____与患者关系：_____ 联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：___年___月___日____时____分　　签名地点：_____

6. 患者死亡通知书模板

_____医院患者死亡通知书

患者姓名_____性别_____年龄_____科室_____病房或病区_____病案_____
患者身份证号码：_____

尊敬的患者近亲属/法定监护人：

患者_____在我院_____科治疗，因抢救无效于__年__月__日__时__分-去世，死亡诊断为_____，对于患者的离世，我院深表遗憾，对您及其亲属致以最诚挚的慰问，敬请节哀。现将有关事项告知如下：

1、根据　　法的相关规定，和我国《民法通则》、《继承法》的相关规定，在死者生前未对尸体的处理做出明确处理意见的情况下，我们提示您有对死者的尸体及器官捐献的处分权利；如您申请捐献死者尸体及器官，您可选择中国红十字会、北京市红十字会、北京协和医学院等办理相关事宜。

2、为促进医学科学事业的发展，我院建议你们能同意对死者在死亡后 48 小时内进行尸检，尸检工作由我院病理科负责并进行。

3、为明确死因，根据《医疗事故处理条例》18 条规定，你们有权申请在 48 小时内进行尸体解剖，具备尸体冰存条件的，可以延长至七天。

尸检可委托医患双方共同认可的北京市有资质的鉴定机构进行，北京市规定的尸体解剖机构为:北京大学医学部病理系、北京市法庭科学技术鉴定研究所。

4、根据《医疗事故处理条例》19 条规定，患者死亡的尸体应当立即移送太平间，尸体存放时间一般不超过两周，请你们在规定时间内安置，逾期不安置，有关部门将会按相关法律规定处理，产生的费用需要由你们支付。

5、接到通知后请到出院处结账办理相关手续，并请携带有效身份证件或授权委托书领取死亡证明书。

告知人员签名：_____
签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

、医护人员已向我送达死亡通知书，我已_____（患者近亲属手写“收到”）并完全理解了通知书的内容。

患者近亲属/法定监护人签名：_____与患者关系：_____联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

尸体解剖意见书

我对上述尸体解剖内容已了解，经慎重考虑，我方　　**（同意/不同意）**患者方亲笔书写，对死者进行尸体解剖。

患者近亲属/法定监护人签名：　　与患者关系：
患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____
时间：　　年　　月　　日　　分　　地点：

7．履行说明知情同意书时应注意的事项

1、手术、检查、治疗中出现手术、检查、治疗前不可预见无法说明的特殊情况，需要更改手术、检查、治疗方式，如：切除未说明的器官、腔镜手术改为开放手术等，应再次履行知情说明义务，并签署说明知情同意书。

2、手术、检查、治疗中需要由麻醉医师操作的麻醉，应当由麻醉医师与患者/患者近亲属/法定监护人另行签署麻醉说明知情同意书。

3、使用医用高值耗材或自费项目需另行签署说明知情同意书。

4、患者近亲属签名顺序按照下列排序进行：

配偶：妻子、丈夫

直系血亲：父母、子女

三代以内旁系血亲：兄弟、姐妹、姑姑、姨、舅舅、叔叔、侄子、侄女、外甥、外甥女、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

近姻亲是指：

直系血亲的配偶，如：继父母、有法律收养关系的养父母、儿媳、女婿；

两代以内旁系血亲的配偶，如：弟媳、兄嫂、姐夫、妹夫、姑父、姨夫、舅妈、婶子、侄媳妇、侄女婿、外甥媳妇、外甥女婿；

配偶的直系血亲及其配偶，如：公婆、岳父母；

配偶的两代以内旁系血亲及其配偶，如：大伯子、小叔子、大姑子、小姑子、大舅子、小舅子、大姨子、小姨子。

上述近亲属签名时，需签本人的名字。

5、法定监护人是指：法律规定的对未成年人的监护人

父母

父母死亡的，监护人顺序如下：

祖父母、

兄弟姐妹，

关系亲密的其他亲属、朋友

其他特殊情况（单位、村、居委会，民政部门指定）

精神病人的监护人是指：法律规定的顺序监护人

配偶；

父母；

成年子女；

其他近亲属

关系亲密的其他亲属、朋友

其他特殊情况（单位、村、居委会，民政部门指定）

上述监护人签名时，需签本人的名字。

6、患者委托近亲属签名，应当书写授权委托书；患者近亲属/法定监护人签名，要签本人的名字；核实患者近亲属及法定监护人身份证原件并留取身份证复印件。

7、《医疗说明知情同意（告知）书》一式两份，患者保留一份，医院保留一份。

二、六类《医疗说明知情同意（告知）书模板》（试用版）使用说明

第一部分、手术说明知情同意书模版项目使用说明..... 22

第二部分、特殊检查说明知情同意书模板项目使用说明..... 30

第三部分、特殊治疗说明知情同意书模板项目使用说明..... 38

第四部分、特殊检查与治疗说明知情同意书模板项目使用说明 . 46

第五部分、住院患者外出告知书模板项目使用说明..... 54

第六部分、患者死亡通知书模板项目使用说明..... 58

第一部分、手术说明知情同意书模版项目使用说明

1、说明知情同意书：_____医院_____手术说明知情同意书

说明：

在说明知情同意书名称中要注明医院名称及手术名称。医院名称是登记注册的全称.如：首都医科大学附属北京安贞　医院　阑尾切除手术说明知情同意书。

2、前言：

尊敬的患者：

您好！根据您目前的病情，您有此手术的适应症，建议您采取手术治疗，特向您详细介绍和说明：病情简介、术前诊断、手术名称、手术目的、手术风险（包括术中或术后可能出现的并发症等）和需要采取的相应措施以及替代医疗方案等，以便您理解相关手术情况，帮助您做出选择。鉴于医学手术风险较高，发生意外事件不能完全避免，建议您术前购买手术意外保险，分担手术风险）

说明：

A、前言是从人文医学的角度，与患者在说明之前的一个交流，帮助患者在自行阅读时的开篇明意。同时，向患者介绍本说明知情同意书全部内容的简述。

B、手术意外险已经成为患者自行分担医疗风险的措施，在部分医院试行已取得较好的效果，增强了患者的手术风险意识，也分担了医师的手术风险，所以加了此条款，意在配合已实行手术意外保险的医院开展工作，没有开展手术意外险的医院可以不用加此内容。

3、在“一般项目”中包括如下栏目：患者姓名、性别、年龄、科室、病房或病区、病案号、身份证号码

说明：

A、患者信息应按照医保卡、诊疗卡、身份证填写。

B、科室是按收治患者的专业科室填写，如：骨科、普外科、心内科。

C、各医院病房或病区称谓不同时，各医院按照实际设置的病房或病区填写，如：二病区或三病房。

D、病案号通常是指该患者的住院病历号，如果是门诊手术患者，病案号填写门诊病历号或门诊诊疗本号。如患者转科或病床号变更,可根据本院规定选择填写。

4、在“医师说明”中包括如下栏目：病情简介、术前诊断、建议拟行手术名称、手术目的、手术部位、拟行手术日期、局麻风险、过敏史、拟行手术适应症及禁忌症、拒绝手术可能发生的后果、“手术风险，包括术中或术后可能出现的并发症及应对措施等”、术后主要注意事项、患者自身存在高危因素、替代医疗方案。

具体各项的说明如下：

（1） 病情简介

A、对患者病情的高度概括，主要介绍患者此次检查，患者的主要症状和疾病诊断的主要特征，例：诊断为急性阑尾炎穿孔伴腹膜炎患者填写：高龄患者、转移性右下腹疼 10 小时、全腹压疼反跳疼、高烧

39 度、无休克体征；

B、疾病严重程度是指患者手术前疾病所处的状态，如感染程度、神智状况、功能情况、行为能力、是否休克、昏迷，疾病分级、期及特殊检查结果等等；如：肺心病患者填写：高龄患者、肺心病 10 年、近三日咳喘、高热 39 度、无力、全身浮肿、心功能三级；

C、本条的意义在于让患者理解术前自身病情状况和程度，也是手术前医患双方对患者主要疾病症状和状态的确认，避免患者术后不认可自身疾病的状况和危险程度，避免纠纷，提示医师在术前对患者此次住院疾病和需要手术的病情、严重程度进行复习。

(2) 过敏史

A、此条款填写的过敏史是指药物、花粉、食物等。

B、填写此项的意义在于防止术前、术中、术后使用药物及过敏反应影响手术效果，发生严重的不良事件，提醒医师注意，提早制定防范措施。提示患者如实向医师陈述自身过敏史，保证医师了解真实的病情。可采用印刷为固定版本、医师画勾的模式选择，如：青霉素、花粉、灰尘、磺胺类药物等过敏。

(3)术前诊断

A、此处填写患者此次住院手术的主要诊断，例：胆囊结石同时伴有高血压、糖尿病的患者，行胆囊结石手术的时候胆囊结石的诊断填写在前（后两个诊断医师根据情况和医院管理规定决定是否填写）。

B、与手术密切相关的诊断和可能影响手术效果的其他疾病诊断，与手术密切相关的意思是指，与手术方式的选择有关，如：上消化道大出血的患者由门脉高压引起的，诊断应该写上消化道大出血、门脉高压症。由溃疡病引起的出血，诊断应该填写：上消化道大出血、胃溃疡。

C、意义在于告知患者此次需要手术的诊断及疾病病因和病情，让患者理解为什么需行手术，对手术可能产生影响的其他疾病的因素及风险，提醒医师手术的适应症。

(4)替代医疗方案

A、此条款填写的替代医疗是指本次治疗患者疾病的多种治疗手段和方式，如保守治疗、手术治疗、腔镜治疗等。

B、不同的手术方式，如管道狭窄治疗，可以选择支架、扩张、切除再吻合等。再如：肾穿刺检查，此检查本身没有可替代的方法，但该检查针对的是疾病的诊断，向患者介绍还有 CT、核磁等，也是诊断疾病的检查方法，但诊断的效果各有利弊，请患者做出选择。

C、此条款意义在于尊重患者选择权，让患者在真正理解疾病有几种治疗方法和手术方式，每种治疗方法和手术方式的优劣，哪种方式是效果最好、最适合患者本人，包括短期长期的手术效果及费用，让患者在充分知情的情况下进行选择。同时，提示医师对患者的治疗只有建议权，在征得患者同意的情况下进行治疗，紧急情况除外。

(5) 拟手术适应症

A、手术适应症是指患者的病症适合采用此种手术方式治疗，如胆囊结石，在保守治疗无效的情况下，采取手术切除病变胆囊，同时去除结石，解除病因达到缓解疼痛、防止继发胆管炎、胰腺炎、胆囊癌、胆囊穿孔等并发症的目的。

B、根据患者的身体条件来选择不同的手术方式，开放手术或腔镜手术，如肥胖或不宜直视开腹手术，可选择腹腔镜手术。

C。意义在于让患者了解为什么做手术、做什么手术，提示医师在术前再次核对患者是否具有该手术的指证。

（6）建议拟行手术名称

A、医师根据患者病情，在多种手术方式的情况下，建议适合治疗患者此次病患的手术名称。

B、意义在于让患者知道针对本次住院医师建议执行的手术治疗，以及自己将要进行的手术方式，再次提示医师将要进行的手术方式。

(7)手术目的

A、此条款注明医师进行该项手术希望解决的患者疾病主要问题，如缓解疼痛、切除肿瘤、改善功能、去除病因、减轻症状等等；

B、意义在于向患者说明此次手术可以解决多少问题和可能达到的手术效果，不能解决的问题也要告知，让患者理解，避免手术后发生纠纷。例如：腰椎松解术，手术只解决不再持续压迫神经，但已压迫的神经功能和运动功能，是需要慢慢恢复，不是手术后疾病症状完全消失、好转，减少患者对手术的期望值。

(8)手术部位

A、此条款强调的是此次需要手术的患者病变的主要部位和器官。

B、此次手术入路的部位或主要干预的器官，如右下腹、右肾等。

C、对于双侧器官的，必须注明左侧、右侧。

D、意义在于医师与患者双方对手术部位的确认，提示医师再次核对即将进行手术的病变部位，避免发生严重的手术错位事件。

(10) 局部麻醉方式及风险

A、此条款仅限于手术医师操作的局部麻醉，如注射浸润局麻、喷（滴）药弥散局麻，明确记录向患者告知此局麻可能产生的风险和并发症，如药物过敏反应、毒性反应以及可能诱发的疾病，产生的严重后果等。意义让患者了解局麻也存在发生不良反应的情形，提示医师注意局麻发生不良反应的事件。

B、由麻醉医师实行的麻醉另签麻醉说明同意书，如全麻、腰麻、神经阻滞、连续硬膜外麻醉等，此栏可不填写。意义在于麻醉是专科技术，风险较高，为保证患者充分理解麻醉方式和可能出现的风险，体现患者的知情同意、选择权。设立麻醉说明同意书，有利于提示麻醉医师关注患者，手术前麻醉医师需要诊查患者并选择麻醉方式独立操作，确立术中应对措施，确保麻醉的顺利进行，保证患者安全。

C、如果此次手术不采取任何局麻方式，注明“本手术无局部麻醉”。

(11)患者自身存在危险因素

A、此条款填写的高危因素是指：患者自身的基础条件和疾病状况密切影响手术效果和康复、增加手术并发症和生命健康的危险因素。

B、此处应填写患者存在的自身条件，如高龄、幼儿、反复手术、营养不良、长期卧床等。

C、此处应填写患者自身存在的严重性疾病，对手术可能产生影响的高危因素，如高血压、糖尿病、器官衰竭、心脏病、安有支架、长期抗凝血治疗、长期使用激素等。

D、意义在于医患双方对患者术前存在的高危因素的确认，使患者及近亲属充分理解自身基础状况对进行手术产生可能的影响，自身疾病情况对手术可能产生的影响，自身体质对耐受手术能力的影响，这些高危因素的存在将增加手术的难度、风险和并发症，尽管医师采取了常规的应对措施，也可能影响手术的效果和康复。鉴于医学技术水平存在的局限性，非医师主观能够解决的，帮助患者和近亲属做好心理准备及充分考虑，做出是否进行手术的选择。也是提示医师充分了解患者自身存在的影响手术的因素，做好充分的应对措。

(12)拟行手术禁忌症

A、此条款填写的手术禁忌症是指，由于患者自身的条件，不适应用此种方法做手术。如凝血功能障碍患者，心血管支架手术后长期服用抗凝药期间，严重肝肾心肺重要器官功能衰竭等患者，此类患者在上

述期间一般不应采用手术治疗的方式治疗其他疾病，手术风险极高，可能导致大出血死亡情况。如恶性肿瘤患者不尽早切除治愈的最佳时机，影响患者寿命，但切除手术可能引发严重不良后果的，患者方强烈要求进行手术，医师在临床治疗中可考虑采用两害相权取其轻的原则，应向患者方特别告知风险，做好应对准备，让患者方签名做出选择。

B、此条款的意义在于，临床上严格掌握禁忌症的标准，同时在必须不得不做手术时，必须让患者了解医学两难情况，也是经双方确认该手术是否存在禁忌。

C、“无禁忌症”的在此注明。

(13)手术风险，包括术中或术后可能出现的并发症等

A、此条款提到的并发症，目前尚没有法律上的定义，在实践中一般认为并发症，手术治疗一种疾病的过程中可能引起的另一种疾病或症状的发生，后者即为前者的并发症。

B、此条款向患者说明此次手术，在手术准备、术中、术后可能出现的一些情况，如出血、过敏、感染、损伤神经、邻近器官等等相关并发症，已知的发生率和手术效果成功率等填写详细，向患者告知。

C、针对术中、术后可能出现的并发症，术前准备的应对措施要填写清楚，如过敏试验、备血、抢救设备、应急措施。

D、术中手术方式的改变或手术时间的延长的原因及相应应对措施说明的记录。

E、此条款的意义在于让患者和近亲属真正理解手术有限的效果和可能产生的风险，增加心理准备，充分考虑做出选择，同时提示医师复习术前、术中、术后可能发生的并发症，做好充分的准备及应对措施，防止遗漏。

F、并发症的内容按顺序编号排列，如：1、2、3 等，患者在签名时需注明 1-10 条等，医师已向我说明，避免事后纠纷。

G、医院科室可以根据每类手术常出现的并发症采用固定模式在此栏中提前印制，特殊情况在说明时加以补充。

(14)术后主要注意事项

A、此条款填写的患者手术后主要应当注意的问题，如特殊引流管的护理、输液注意事项、何时进食水、何时下地、保持体位、如何保护伤口、活动防止血栓等。

B、提示患者或近亲属在患者术后出现什么情况应及时告知医师护士处理。如高热、疼痛剧烈、呼吸困难、患者躁动不安、神智不清、伤口渗血、引流管不畅或脱出等等。

C、此条款意义在于让患者或近亲属了解术后可能出现和应当注意的问题，及时报告医护人员,配合医师护士自我观察、做好术后护理，预防并发症的发生。如手术后如有增加的注意项目时，在病历中记录并让患者或家属签名。

(15)拒绝手术可能发生的后果

A、此条款填写的拒绝手术可能发生的后果是指：该患者疾病需要手术，医师向患者或近亲属建议进行此项手术，患者或近亲属明确向医师表示不同意进行手术，医师应当将向患者或近亲属说明不进行手术可能会发生的疾病变化程度、不良后果、可能出现的医疗损害等等在此处填写，如病情加重、扩大、恶化、死亡等。

B、也应说明部分疾病能够自然转归、好转的可能性。

C、将患者延迟手术、治疗丧失手术时机，增加治疗难度和费用进行说明和填写。

D、简要注明患者拒绝原因。

E、此条款意义在于让患者理解拒绝手术后对其疾病的影响和后果，在患者充分理解的情况下，让其

做出选择，同时体现了医师在充分说明的情况下，尊重患者的选择权，详细记录有利于完善证据，防止纠纷。

5、在“医师说明”中，专门作了两段固定格式的文字性表述，其中，第一段文字表述为：

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除手术风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，恳请理解。

说明：

A、 此条款意义在于采用固定格式来提醒医师做好手术应对准备，并对手术不能预知的情况向患者说明，适用于所有手术条款。

B、让患者及近亲属理解手术中基于患者体质特异和医学技术的局限产生的医疗风险，鉴于目前的医疗技术水平的局限性，医疗风险难以避免。虽然有些内容在前面已说明，为了防止漏项，再次强调手术医疗风险，作为防止性的兜底条款。

第二段文字表述为：

我已向患者/患者近亲属/患者法定监护人/法定监护人解释过此说明知情同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/患者法定监护人/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

经治医师签名：_____签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

术者签名确认：_____

说明：

A、此条款的文字意义在于，医师向患者进行说明后，医师本人进行签名确认。也是保证医师说明制度的落实和签名具有的法律证明效力。

B、此条款填写的经治医师是指参与患者病历采集、书写、记录、术前检查、诊断及手术治疗全过程的主管医师，包括住院医师、主治医师、副主任、主任医师都称为经治医师。目前法律未明确规定履行手术说明知情同意书签名手续必须由哪一级医师完成，在临床工作实践中，一般情况下都由经治的主管住院医师完成。重要手术由第一术者或第二术者亲自完成，所以选择通用的经治医师这一称谓，用以提高工作效率，顺应临床工作规律，保持说明医师称谓的统一，避免非经治医师履行说明签名手续，也是满足法律文书的要求。

C、术者是指第一主刀医师。应当提倡第一主刀医师亲自向患者进行说明，鉴于实践中，主刀医师的工作较忙，在此没有刻意强调必须第一主刀医师亲自说明，可由其他经治医师向患者说明，但第一主刀医师必须在术前亲自诊查患者和制定手术方案，认真阅读、审查经治医师告知签名的说明知情同意书，进行手术确认签名。

D、签名时间精确到分的目的在于确认术中再次谈话和第一次术前谈话的时间，明确区分患者及其近亲属在不同时间做出的选择表述记录，同时避免仓促在手术台或手术室门口签名，使患者及近亲属产生手术准备不足的误会。

6、在“患者知情同意内容”中，存在如下表述：

患者/患者近亲属/法定监护人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案，并已就医疗风险和并发症_____（请患者本人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明。我理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、疾病突发变化及个人体质差异的影响,术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式，也可以拒绝或放弃此项手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

_____

（请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样）

我_____（填写“同意”）接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。

并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，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。

患者签名：_____

患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

我_____（填写“不同意”）接受医师建议的手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名：_____

患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

说明：

A、此条款文字的意义在于，为节省时间、方便患者和防止遗漏，将患者自我表达的意思以固定的文字形式注明，减少患者及家属书写的时间，但描黑部分的内容，应由患者及近亲属逐字抄写在栏内，以表明患者及近亲属了解说明知情同意的内容，和对做出手术选择的态度。

B、同意的患者须填写同意，不同意的患者要写明不同意的原因，并填写不同意、签名。

C、患者、近亲属、法定监护人签名，必须签写本人的名字，同时患者近亲属要注明与患者的关系，写明联络电话并将签名时间精确到年月时分，并注明签名地点。医师应核实患者近亲属法定监护人身份证原件并留取身份证复印件。若近亲属及法定监护人不能提供有效的证件，在患者本人不清醒的情况下，近亲属及法定监护人应将与患者的关系及代理事项写清楚，并签名、按手印。

D、鉴于手术术中的突发紧急情况，都可能遇到术前未曾说明或无法预见的问题，如改变手术方式，或切除重要器官，无法及时联系患者近亲属征得同意，为确保患者的安全，及时抢救，同时减少医师工作量，防止遗漏，故此条款特以固定的模式向患者及近亲属说明，并提前给予医师授权。如果术中条件和时间允许的情况下，还是应当先征得患者及近亲属同意后，再实施手术和抢救治疗。

E、鉴于并发症和医疗风险内容较多，说明时按照序号列出并在括号中填写从第几条到第几条，患者签名时需要亲自手写括号中的内容（第几条到第几条全部内容）。例：医师已将上述 1-10 的内容向我说明。目的在于证明患者本人已了解并发症和风险的条款的全部内容，防止患者误会医师修改或私自添加说明内容，并保证医疗说明知情同意（告知）书的法律效力。如医师术前需要添加或补充内容，应在添加或补充告知患者时补签名，签名时间记录到分；术中如需要近亲属签名，也应准确记录时间到分。

F、此条款的意义在于患者在医师说明后，患者要做出理解和明白的意思表达，对医师说明内容全部理解确认，表明患者已授权医师进行手术，充分尊重患者选择权、知情同意权。

G、患者的近亲属是指：按照《最高人民法院关于执行<中华人民共和国行政诉讼法>若干问题的解释》诉讼参加人中的第十一条规定“行政诉讼法第二十四条规定的“近亲属”，包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女和其他具有抚养、赡养关系的亲属。”北京市高级人民法院关于民事诉讼法定监护人若干问题的解答（试行）规定“近亲属”是指配偶、直系血亲、三代以内旁系血亲、近姻亲以及其他具有抚养、赡养关系的亲属。前述“近姻亲”是指：（1）直系血亲的配偶；（2）两代以内旁系血亲的配偶；（3）配偶的直系血亲及其配偶；（4）配偶的两代以内旁系血亲及其配偶。

近亲属是指：

配偶：妻子、丈夫

直系血亲：父母、子女

三代以内旁系血亲：兄弟、姐妹、姑姑、姨、舅舅、叔叔、侄子、侄女、外甥、外甥女、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

近姻亲是指：

直系血亲的配偶，如：继父母、有法律收养关系的养父母、儿媳、女婿；

两代以内旁系血亲的配偶，如：弟媳、兄嫂、姐夫、妹夫、姑父、姨夫、舅妈、婶子、侄媳妇、侄女婿、外甥媳妇、外甥女婿；

配偶的直系血亲及其配偶，如：公婆、岳父母；

配偶的两代以内旁系血亲及其配偶，如：大伯子、小叔子、大姑子、小姑子、大舅子、小舅子、大姨子、小姨子。

上述近亲属签名时，需签本人的名字。

法定监护人：法定监护人是法律特别规定的，不是患者委托的。《中华人民共和国民法通则》第十六条规定“未成年人的父母是未成年人的监护人。未成年人的父母已经死亡或者没有监护能力的，由下列人员中有监护能力的人担任监护人：（一）祖父母、外祖父母；（二）兄、姐；（三）关系亲密的其他亲属、朋友愿意承担监护责任，经未成年人的父、母的所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会同意的。对担任监护人有争议的，由未成年人的父、母的所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会在近亲属中指定。对指定不服提起诉讼的，由人民法院裁决。没有第一款、第二款规定的监护人的，由未成年人的父、母所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会或者民政部门担任监护人。”

无民事行为能力或者限制民事行为能力的精神病人，由下列人员担任监护人：（一）配偶；（二）父母；（三）成年子女；（四）其他近亲属；（五）关系密切的其他亲属、朋友愿意承担监护责任，经精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会同意的。对担任监护人有争议的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会在近亲属中指定。对指定不服提起诉讼的，由人民法院裁决。没有第一款规定的监护人的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会或者民政部门担任监护人。

法定监护人是指：法律规定的对未成年人的监护人

父母

父母死亡的，监护人顺序如下：

祖父母、

兄弟姐妹，

关系亲密的其他亲属、朋友

其他特殊情况（单位、村、居委会，民政部门指定）

精神病人的监护人是指：法律规定的顺序监护人

配偶；

父母；

成年子女；

其他近亲属

关系亲密的其他亲属、朋友

其他特殊情况（单位、村、居委会，民政部门指定）

上述监护人签名时，需签本人的名字。

7、备注：见证人是在患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签字的情况下，请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实，注明身份及身份证号码，以便证明事实。

说明：

此条款表明如果患者近亲属法定监护人拒绝签名，履行说明的医师应在此栏中注明患方拒绝签名的原因，也可请其他的医护人员或知情患者证明、签名，同时也可以在有录像的房间里，对全部说明知情同意过程进行录音、录像，以备证据使用。

8、术中出现术前不可预见无法说明的特殊情况，需要切除器官、腔镜手术改为开放手术等，应再次履行说明义务，并签署说明知情同意书。

说明：

A、此条款的对于术中出现了术前未能估计到的情形，以致于手术不能进行或手术需要切除其他器官或手术要改变原有术式，即便在手术说明知情同意书中已经说明，但仍必须重新向患者或近亲属说明，征得同意并签署说明知情同意书。

B、意义在于原手术说明知情同意书说明的不是更改手术方案的内容，手术方式和并发症会有不同，涉及部分更改的内容也会不全面，不是专门的更改手术的说明知情同意书。容易遗漏一些说明的项目，为避免患者及近亲属的异议，充分体现患者的知情同意和选择权，应当再重新说明和填写手术说明知情同意书。紧急情况下除外。

9、使用医用高值耗材或自费项目需另行签署说明知情同意书。

说明：

A、一次性医用高值耗材价格较高，医保报销比例限制，同时也存在可能的并发症的风险，患者在充分知情的情况下可以选择是否使用，因此应该签署独立的《自费项目说明知情同意书》。

B、部分药品、耗材属于自费项目，可能会加重患者的经济负担，是否使用应在患者充分知情的情况下，自我选择，应当签署独立的《自费项目说明知情同意书》。

第二部分、特殊检查说明知情同意书模板项目使用说明

1、说明知情同意书：_____医院_____特殊检查说明知情同意书

说明：在说明知情同意书名称中要注明医院名称及特殊检查名称。医院名称是登记注册的全称.如：首都医科大学附属北京安贞　医院　冠脉造影 特殊检查说明知情同意书。

2、前言：

尊敬的患者：

您好！根据您目前的病情，建议您进行此项特殊检查，根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，“特殊检查”是指较一般检查方法难度更高、侵害性更大，有一定危险性，可能产生不良后果且费用较高的检查。因此，医师特向您详细说明：检查项目、检查目的、医疗风险（包括检查中或检查后可能出现的并发症等）、替代检查方案及相应措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

说明：

A、前言是从人文医学的角度，与患者在说明之前的一个交流，帮助患者在自行阅读时的开篇明意。同时，向患者介绍本同意书全部内容的简述。

B、根据《医疗机构管理条例实施细则》第八十八条规定：特殊检查是指具有下列情形之一的诊断治疗活动： 1）有一定危险性，可能产生不良后果的检查；2）由于患者体质特殊或者病情危笃，可能对患者产生不良后果和危险的检查；3）临床试验性检查；4）收费可能对患者造成较大经济负担的检查。

3、在“一般项目”中包括如下栏目：患者姓名、性别、年龄、科室、病房或病区、病案号、身份证号码

说明：

A、患者信息应按照医保卡、诊疗卡、身份证填写。

B、科室是按收治患者的专业科室填写，如：骨科、普外科、心内科。

C、各医院病房或病区称谓不同时，各医院按照实际设置的病房或病区填写，如：二病区或三病房。

D、病案号通常是指该患者的住院病历号，如果是门诊手术患者，病案号填写门诊病历号或门诊诊疗本号。如患者转科或病床号变更,可根据本院规定选择填写。

4、在“医师说明”中包括如下栏目：病情简介、过敏史、检查前诊断、建议拟行检查名称、检查目的、检查部位、拟行检查日期、局麻风险、拟行检查适应症及禁忌症、拒绝检查可能发生的后果、“医疗风险，包括检查中或检查后可能出现的并发症等”、检查后主要注意事项、患者自身存在高危因素、替代检查方案。

具体各项的说明如下：

（1）病情简介

A、对患者病情的高度概括，主要介绍患者此次住院，围绕本检查患者自述的主要症状和疾病诊断的主要特征，例：胃镜检查，患者的主要症状为：胃疼半年、伴恶心、无呕吐、无贫血、四肢无力、冷汗，心电图正常、生命体征正常、肝功能正常。

B、疾病严重程度是指患者检查前疾病所处的状态，如感染程度、神智状况、功能情况、行为能力、

是否休克、昏迷，疾病分级、期及特殊检查结果等等；如：肺心病患者填写：高龄患者、肺心病 10 年、近三日咳喘、高热 39 度、无力、全身浮肿、心功能三级；

C、此条款的意义在于让患者理解检查前患者自身病情状况和程度，也是检查前医患双方对患者主要疾病症状和状态的确认，避免检查后发生不良后果，患者不认可自身疾病的状况和危险程度，避免纠纷，提示医师在检查前对患者此次需要检查的疾病严重程度和风险进行复习。

（2）过敏史

A、此条款填写的过敏史是指药物、花粉、食物等。

B、此条款的意义在于防止检查前、检查中、检查后时使用药物及过敏反应影响检查效果，发生严重的不良事件，提醒医师注意，提早制定防范措施。提示患者如实向医师陈述自身过敏史，保证医师了解真实的病情。可采用印刷为固定版本、医师画勾的模式选择，如：青霉素、花粉、灰尘、磺胺类药物等过敏。

（3）检查前诊断

A、此条款填写的患者此次住院的主要诊断，住院的所有诊断均应填写，以便检查医师做好检查前的准备，掌握检查适应症和禁忌症，安全、准确做出检查后的诊断。

B、此条款的意义在于说明患者此次检查的诊断及疾病病因和病情，让患者理解为什么需做检查，对检查可能产生影响的其他疾病的因素及风险，提醒医师检查的适应症、禁忌症。

（4）替代检查方案

A、此条款填写的替代检查方案是指针对患者此次疾病的多种检查手段和方式。

B、不同的检查方式，如胃十二指肠溃疡疾病可以采取 X 线钡透、胃镜、B 超、CT 等检查方法，分别讲明检查的利弊，医师提出最适合患者具体病情的检查项目建议，请患者选择。

C、此条款意义在于尊重患者选择权，让患者在真正理解该疾病有几种检查方法，每种检查方法的优劣，哪种方式是效果最好、最适合患者本人，包括检查效果和费用，在充分知情的情况下进行选择。同时，提示医师对患者的检查只有建议权，在征得患者同意的情况下进行检查，紧急情况下除外。

(5)拟行检查适应症

A、此条款中的检查适应症是指患者的病症适合采用此种检查方式，如 B 超怀疑胰腺癌，为明确诊断选做超声引导下穿刺活检，这项特殊检查是该患者的具有的检查适应症。

B、此条款的意义在于让患者了解为什么做检查、做什么检查，哪项检查适合自己的病情，提示医师在检查前再次核对患者是否具有该检查的指证，根据患者的身体条件来选择最适合的检查方式，

（6）建议拟行检查名称

A、此条款中拟行检查名称是指：医师根据患者病情，在多种检查方式的情况下，建议适合患者此次病患的检查名称。

B、此条款的意义在于让患者知道针对医师提出的建议执行检查的方法，再次提示医师明确将要进行的检查方法，也是医患双方对检查项目的确认。

（7）检查目的

A、此条款填写的检查目的是指：为了找出病因、明确诊断，选择、确定治疗方案；

B、此次检查希望解决的病因问题，如冠脉造影特殊检查可以明确冠状动脉狭窄的诊断，为选择支架介入治疗或搭桥手术治疗提供治疗依据；

C、此条款的意义在于向患者说明此次检查可以解决多少问题和可能达到的检查效果，以及不能解决的问题，让患者充分理解，避免检查后发生纠纷。例如：该特殊检查发现某根冠脉的狭窄超过 70%，需要做冠脉支架术，可使血管畅通以保障心脏的血供，延长患者生命，但此支架仍有再堵塞的可能，如通过此

特殊检查，不适合进行支架手术治疗，则建议选择冠脉搭桥手术。

（8）检查部位

A、此条款填写的检查部位是指：患者此次检查的病变主要部位和器官。如：上腹部 B 超常规检查包括：肝、胆、胰、脾、肾等主要器官。

B、此次检查入路的部位或主要干预的器官，如右下腹、右肾等。

C、对于双侧器官的，必须注明左侧、右侧。

D、此条款的意义在于反复强化医师与患者双方对检查部位进行确认，提示医师再次核对需要检查的病变部位，避免检查部位与检查报告部位不符，出现检查部位错位的事件。

（9）局部麻醉方式及风险

A、此条款仅限于检查医师操作的局部麻醉，如注射浸润局麻、喷（滴）药弥散局麻，明确记录向患者说明此局麻可能产生的风险和并发症，如药物过敏反应、毒性反应以及可能诱发的疾病，产生的严重后果等。

B、由麻醉医师实行的麻醉另签麻醉说明知情同意书，如全麻、腰麻、神经阻滞、连续硬膜外麻醉等，此栏可不填写。

C、如果此次检查不采取任何局麻方式，注明“本检查无局部麻醉”。意义让患者了解局麻也存在发生不良反应的情形，提示医师注意局麻发生不良反应的事件。

(10)患者自身存在危险因素

A、此条款填写的危险因素是指：患者自身的基础条件和疾病状况密切影响检查效果，增加检查并发症和生命健康的危险因素。

B、此处应填写患者存在的自身条件，如高龄、幼儿、反复手术、体内金属异物、精神异常、长期卧床等。

C、此处应填写患者自身存在的严重性疾病，对检查可能产生影响的高危因素，如高血压、糖尿病、器官衰竭、心脏病、安有支架、长期抗凝血治疗、长期使用激素等。

D、此条款意义在于医患双方对患者检查前存在的危险因素的确认，使患者及近亲属充分理解自身基础状况对进行检查产生可能的影响，自身疾病情况对检查可能产生的影响，自身体质对耐受检查能力的影响，这些高危因素的存在将增加检查的难度、风险和并发症，尽管医师采取了常规的应对措施，鉴于医学技术水平存在的局限性，非医师主观能够解决的，也不能完全避免不良后果的发生。帮助患者和近亲属做好心理准备及充分考虑，做出是否进行检查的选择。也是提示医师充分了解患者自身存在的影响检查的因素，做好充分的应对措施。

（11）禁忌症

A、禁忌症是指某检查方法不适合用于某些疾病、情况或特定的人群（如：儿童、老年人、孕妇及哺乳期妇女、肝肾功能不全者等）。或应用后会引起不良后果，在具体检查方法上应予禁止或顾忌。由于该患者自身的条件，不适应用此种方法做检查。如凝血功能障碍患者，心血管支架手术后长期服用抗凝药期间，严重肝肾心肺重要器官功能衰竭等患者，此类患者在上述期间一般不应采用有创伤的方式进行检查，如肝穿刺、肾穿刺等。如恶性肿瘤，不明确诊断，不及时手术切除，可能拖延疾病发展而丧失手术切除的机会，影响患者的寿命，为了抢救患者的生命，或患者方强烈要求进行检查，在临床上采用两害相权取其轻的原则，按照相关的医疗规范采取相应的防范措施，必须向患者方特别说明风险，做好应对准备，让患者方充分了解做出选择。

B、此条款的意义在于，临床上严格掌握禁忌症的标准，同时在必须做检查时，必须让患者了解医学

两难情况，也是经双方确认该检查是否存在禁忌。

C、“无禁忌症”的在此注明。

（12）医疗风险，包括检查中或检查后可能出现的并发症等

A、此条款提到的并发症，目前尚没有法律上的定义，在实践中一般认为并发症，检查一种疾病的过程中可能引起的另一种疾病或症状的发生，后者即为前者的并发症。

B、此条款向患者说明此次检查，在检查准备、检查中、检查后可能出现的一些情况，如出血、过敏、感染、损伤神经、邻近器官等等相关并发症，已知的发生率和检查效果成功率等填写详细，向患者说明。

C、针对检查中、检查后可能出现的并发症，检查前准备的应对措施要填写清楚，如过敏试验、备血、抢救设备、应急措施。

D、检查方式的改变或检查时间的延长的原因及相应应对措施说明的记录。

E、此条款的意义在于让患者和近亲属真正理解检查有限的效果和可能产生的风险，增加心理准备，充分考虑做出选择，同时提示医师复习检查前、检查中、检查后可能发生的并发症，做好充分的准备及应对措施，防止遗漏。

F、并发症的内容按顺序编号排列，如：1、2、3 等，患者在签名时需注明 1-10 条等，医师已向我说明，避免事后纠纷。

G、医院科室可以根据每类检查常出现的并发症采用固定模式在此栏中提前印制，特殊情况在说明时加以补充。

（13）检查后主要注意事项

A、此条款填写的患者检查后主要应当注意的问题，如疼痛、发热、出血、输液注意事项、何时进食水、何时下地、保持体位、如何保护伤口、活动防止血栓等。

B、提示患者或近亲属在患者检查后出现什么情况应及时告知医师护士处理。如高热、疼痛剧烈、呼吸困难、患者躁动不安、神智不清、伤口渗血、引流管不畅或脱出等等。

C、此条款意义在于让患者或近亲属了解检查后可能出现和应当注意的问题，及时报告医护人员,配合医师护士自我观察、做好检查后护理，预防并发症的发生。如检查后如有增加的注意项目时，在病历中记录并让患者或家属签名。

（14）拒绝检查可能发生的后果

A、此条款填写的拒绝检查可能发生的后果是指：该患者疾病需要检查，医师向患者或近亲属建议进行此项检查，患者或近亲属明确向医师表示不同意进行检查，医师应当将向患者或近亲属说明不进行检查可能会发生的诊断不明确、延误治疗、可能出现的不良后果等等在此处填写，如延迟检查会丧失最佳治疗时机，同时增加治疗难度和费用，最终出现病情加重、扩大、恶化、死亡等后果。

B、简要注明患者拒绝检查的原因。

C、此条款意义在于让患者理解拒绝检查后对其疾病的影响和后果，在患者充分理解的情况下，让其做出选择，同时体现了医师在充分说明的情况下，尊重患者的选择权，详细记录有利于证据的保留和完善，防止纠纷。

5、在“医师说明”中，有两段固定模式文字性表述，其中，第一段文字表述为：

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除检查风险及医疗意外风险等因素，存在检查前和检查后不可预见的特殊情况，恳请理解。

说明：

A、此条款意义在于采用固定格式来提醒医师做好检查应对准备，并对检查不能预知的情况向患者说明，适用于所有检查条款。

B、让患者及近亲属理解检查中基于患者体质特异和医学技术的局限产生的医疗风险，鉴于目前的医疗技术水平的局限性，医疗风险难以避免。虽然有些内容在前面已说明，为了防止漏项，再次强调检查医疗风险，作为防止性的兜底条款。

第二段文字表述为：

鉴于受特殊检查设备、条件、位置、体质等多方面因素的影响，该特殊检查可能不能一次完成还需多次重复检查，还有不能得出检查结果的可能，或检查结果得出后仍无法做出明确诊断，需再做进一步的检查；检查结果也存在一定的误差率；检查结果需要医师综合分析做出判断。

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

检查医师签名：_____签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

说明：

A、此条款的文字意义在于，由医师向患者进行说明后，医师进行签名确认。也是保证医师说明制度的落实和签名具有的法律证明效力。

B、此条款填写的检查医师是指给患者做检查的操作医师。避免非检查医师履行说明签名手续，也是满足法律文书的要求。

C、签名时间精确到分的目的在于确认检查中再次谈话和第一次检查前谈话的时间，明确区分患者及其近亲属在不同时间做出的选择表述记录，同时避免仓促在检查台或检查室门口签名，使患者及近亲属产生检查准备不足的误会。

D、检查医师签名的意义在于：操作可能是临床医师或医技科室的医师或其他医师，为了符合临床实践中的作法，谁检查谁负责说明、签名。

6、在“患者知情同意内容”中，存在如下表述：

患者/患者近亲属/法定监护人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊检查，并已就医疗风险和并发症_____-（请患者本人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明。我理解特殊检查可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道特殊检查是创伤性检查手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响,检查前、检查中、检查后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代检查方式及其风险，我知道我有权选择其他检查方式，也可以拒绝或放弃此项检查，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、检查及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

_____

（请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明:”字样）

我_____（填写“同意”）接受医师建议的检查方案并愿意承担上述手术风险。

并授权医师：在检查中或检查后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，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检查方案实施必要的抢救。

患者签名：_____

患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

我_____（填写“不同意”）接受医师建议的检查方案，并且愿意承担因拒绝施行检查导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名：_____

患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

说明：

A、此条款文字的意义在于，为节省时间、方便患者和防止遗漏，将患者自我表达的意思以固定的文字形式注明，减少患者及家属书写的时间，但描黑部分的内容，应由患者及近亲属逐字抄写在栏内，以表明患者及近亲属了解说明知情同意的内容，和对做出手术选择的态度。

B、同意的患者须填写同意，不同意的患者要写明不同意的原因，并填写不同意、签名。

C、患者、近亲属、法定监护人签名，必须签写本人的名字，同时患者近亲属、法定监护人要注明与患者的关系，写明联络电话并将签名时间精确到年月时分，并注明签名地点。医师应核实患者近亲属、法定监护人身份证原件并留取身份证复印件。若近亲属及法定监护人不能提供有效的证件，在患者本人不清醒的情况下，近亲属及法定监护人应将与患者的关系及代理事项写清楚，并签名、按手印。

D、鉴于检查中的突发紧急情况，都可能遇到检查前未曾说明或无法预见的问题，如改变检查方式，无法及时联系患者近亲属征得同意，为确保患者的安全，及时抢救，同时减少医师工作量，防止遗漏，故此条款特以固定的模式向患者及近亲属说明，并提前给予医师授权。如果检查中条件和时间允许的情况下，还是应当先征得患者及近亲属同意后，再实施检查。

E、鉴于并发症和医疗风险内容较多，说明时按照序号列出并在括号中填写从第几条到第几条，患者签名时需要亲自手写括号中的内容（第几条到第几条全部内容）。例：医师已将上述 1-10 的内容向我说明。目的在于证明患者本人已了解并发症和风险的条款的全部内容，防止患者误会医师修改或私自添加说明内容，并保证医疗说明知情同意（告知）书的法律效力。如医师术前需要添加或补充内容，应在添加或补充说明患者时补签名，签名时间记录到分；术中如需要近亲属签名，也应准确记录时间到分。

F、此条款的意义在于患者在医师说明后，患者要做出理解和明白的意思表达，对医师说明内容全部理解确认，表明患者已授权医师进行手术，充分尊重患者选择权、知情同意权。

G、患者的近亲属是指：按照《最高人民法院关于执行<中华人民共和国行政诉讼法>若干问题的解释》诉讼参加人中的第十一条规定“行政诉讼法第二十四条规定的“近亲属”，包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女和其他具有抚养、赡养关系的亲属。”北京市高级人民法院关于民事诉讼法定监护人若干问题的解答（试行）规定“近亲属”是指配偶、直系血亲、三代以内旁系血亲、近姻亲以及其他具有抚养、赡养关系的亲属。前述“近姻亲”是指：（1）直系血亲的配偶；（2）两代以内旁系血亲的配偶；（3）配偶的直系血亲及其配偶；（4）配偶的两代以内旁系血亲及其配偶。

近亲属是指：

配偶：妻子、丈夫

直系血亲：父母、子女

三代以内旁系血亲：兄弟、姐妹、姑姑、姨、舅舅、叔叔、侄子、侄女、外甥、外甥女、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

近姻亲是指：

直系血亲的配偶，如：继父母、有法律收养关系的养父母、儿媳、女婿；

两代以内旁系血亲的配偶，如：弟媳、兄嫂、姐夫、妹夫、姑父、姨夫、舅妈、婶子、侄媳妇、侄女婿、外甥媳妇、外甥女婿；

配偶的直系血亲及其配偶，如：公婆、岳父母；

配偶的两代以内旁系血亲及其配偶，如：大伯子、小叔子、大姑子、小姑子、大舅子、小舅子、大姨子、小姨子。

上述近亲属签名时，需签本人的名字。

法定监护人：法定监护人是法律特别规定的，不是患者委托的。《中华人民共和国民法通则》第十六条规定“未成年人的父母是未成年人的监护人。未成年人的父母已经死亡或者没有监护能力的，由下列人员中有监护能力的人担任监护人：（一）祖父母、外祖父母；（二）兄、姐；（三）关系亲密的其他亲属、朋友愿意承担监护责任，经未成年人的父、母的所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会同意的。对担任监护人有争议的，由未成年人的父、母的所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会在近亲属中指定。对指定不服提起诉讼的，由人民法院裁决。没有第一款、第二款规定的监护人的，由未成年人的父、母所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会或者民政部门担任监护人。”

无民事行为能力或者限制民事行为能力的精神病人，由下列人员担任监护人：（一）配偶；（二）父母；（三）成年子女；（四）其他近亲属；（五）关系密切的其他亲属、朋友愿意承担监护责任，经精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会同意的。对担任监护人有争议的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会在近亲属中指定。对指定不服提起诉讼的，由人民法院裁决。没有第一款规定的监护人的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会或者民政部门担任监护人。

法定监护人是指：法律规定的对未成年人的监护人

父母

父母死亡的，监护人顺序如下：

祖父母、

兄弟姐妹，

关系亲密的其他亲属、朋友

其他特殊情况（单位、村、居委会，民政部门指定）

精神病人的监护人是指：法律规定的顺序监护人

配偶；

父母；

成年子女；

其他近亲属

关系亲密的其他亲属、朋友

其他特殊情况（单位、村、居委会，民政部门指定）

上述监护人签名时，需签本人的名字。

8、备注：见证人是在患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签字的情况下，请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实，注明身份及身份证号码，以便证明事实。

说明：

此条款表明如果患者近亲属/法定监护人拒绝签名，履行说明的医师应在此栏中注明患方拒绝签名的原因，也可请其他的医护人员或知情患者证明、签名，同时也可以在有录像的房间里，对全部说明过程进行录音、录像，以备证据使用。

8、检查中出现检查前不可预见无法告知的特殊情况，需要改变检查方式，应再次履行知情说明义务，并签署说明知情同意书。

说明：

A、此条款的对于检查中出现了检查前未能估计到的情形，以致于检查不能进行或检查要改变原有方式，即便在检查说明知情同意书中已经说明，但仍必须重新向患者或近亲属说明，征得同意并签署说明知情同意书。

B、意义在于原检查说明知情同意书说明的不是更改检查方案的内容，检查方式和并发症会有不同，涉及部分更改的内容也会不全面，不是专门的更改检查的说明知情同意书。容易遗漏一些说明项目，为避免患者及近亲属的异议，充分体现患者的知情同意和选择权，应当再重新说明和填写检查说明知情同意书。紧急情况下除外。

9、使用医用高值耗材或自费项目需另行签署说明知情同意书。

说明：

A、一次性医用高值耗材价格较高，医保报销比例限制，同时也存在可能的并发症的风险，患者在充分知情的情况下可以选择是否使用，因此应该签署独立的《自费项目说明知情同意书》。

B、部分药品、耗材属于自费项目，可能会加重患者的经济负担，是否使用应在患者充分知情的情况下，自我选择，应当签署独立的《自费项目说明知情同意书》。

第三部分、特殊治疗说明知情同意书模板项目使用说明

1、说明知情同意书：_____医院_____特殊治疗说明知情同意书

说明：在说明知情同意书名称中要注明医院名称及治疗名称。医院名称是登记注册的全称.如：首都医科大学附属北京安贞　医院　经胃镜息肉切除 特殊治疗说明知情同意书。

2、前言：

尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，建议您进行本项治疗，根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊治疗是指 较一般治疗方法难度更高、侵害性更高、有一定危险性，可能产生不良后果且费用较高的治疗。医师特向您详细说明：治疗项目、治疗目的、医疗风险（包括治疗中或治疗后可能出现的并发症等）、替代医疗方案及相应措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

说明：

A、前言是从人文医学的角度，与患者在说明之前的一个交流，帮助患者在自行阅读时的开篇明意。同时，向患者介绍本说明知情同意书全部内容的简述。

B、根据《医疗机构管理条例实施细则》第八十八条规定：特殊治疗是指具有下列情形之一的诊断治疗活动： 1）有一定危险性，可能产生不良后果的治疗；2）由于患者体质特殊或者病情危笃，可能对患者产生不良后果和危险治疗；3）临床试验性治疗；4）收费可能对患者造成较大经济负担的治疗。

3、在“一般项目”中包括如下栏目：患者姓名、性别、年龄、科室、病房或病区、病案号、身份证号码

说明：

A、患者信息应按照医保卡、诊疗卡、身份证填写。

B、科室是按收治患者的专业科室填写，如：骨科、普外科、心内科。

C、各医院病房或病区称谓不同时，各医院按照实际设置的病房或病区填写，如：二病区或三病房。

D、病案号通常是指该患者的住院病历号，如果是门诊治疗患者，病案号填写门诊病历号或门诊诊疗本号。如患者转科或病床号变更,可根据本院规定选择填写。

4、在“医师说明”中包括如下栏目：病情简介、治疗前诊断、建议拟行治疗名称、治疗目的、治疗部位、拟行治疗日期、局麻风险、过敏史、拟行治疗适应症及禁忌症、拒绝治疗可能发生的后果、“治疗风险，包括治疗中或治疗后可能出现的并发症等”、治疗后主要注意事项、患者自身存在高危因素、替代医疗方案。

具体各项的说明如下：

(1)病情简介

A、对患者病情的高度概括，主要介绍患者此次治疗，患者的主要症状和疾病诊断的主要特征，例：上消化道出血患者，如：年轻患者近三天上腹持续疼痛、伴黑便一次、无黄疸发热、无体重减轻、生命体征正常、轻微贫血、一般情况尚可、步行入院；

B、疾病严重程度是指患者治疗前疾病所处的状态，如感染程度、神智状况、功能情况、行为能力、

是否休克、昏迷，疾病分级、期及特殊检查结果等等；如：上述患者的无体重减轻、一般情况尚可、步行入院等表现，提示患者疾病程度较轻，行为能力正常等情况；

C、此条款的意义在于让患者理解治疗前自身病情状况和程度，也是治疗前医患双方对患者主要疾病症状和状态的确认，避免患者治疗后不认可自身疾病的状况和危险程度，避免纠纷，提示医师在治疗前进一步复习患者病情，设计好治疗方案。

(2) 过敏史

A、此条款填写的过敏史是指药物、花粉、食物等。

B、填写此项的意义在于防止治疗前、治疗中、治疗后使用药物及过敏反应影响治疗效果，发生严重的不良事件，提醒医师注意，提早制定防范措施。提示患者如实向医师陈述自身过敏史，保证医师了解真实的病情。可采用印刷为固定版本、医师画勾的模式选择，如：青霉素、花粉、灰尘、磺胺类药物等过敏。

(3)治疗前诊断

A、此处填写患者此次治疗的主要诊断，例：胆总管结石同时伴有高血压、糖尿病的患者，需行经内镜括约肌切开取石治疗的时候，胆总管结石的诊断填写在前（后两个诊断医师根据情况和医院管理规定决定是否填写）。

B、与治疗密切相关的诊断和可能影响治疗效果的其他疾病诊断，与治疗密切相关的意思是指，与治疗方式的选择有关，如：上消化道大出血的患者由门脉高压引起的，诊断应该写上消化道大出血、门脉高压症。由溃疡病引起的出血，诊断应该填写：上消化道大出血、胃溃疡。

C、意义在于说明患者此次需要治疗的诊断及疾病病因和病情，让患者理解为什么需行治疗，对治疗可能产生影响的其他疾病的因素及风险，提醒医师治疗的适应症。

(4) 替代治疗方案

A、此条款填写的替代医疗是指本次治疗患者疾病的多种治疗手段和方式，如胃息肉恶变可采取经胃镜息肉病变局部切除、开腹胃息肉病变切除术、胃癌根治术等多种选择。

B、不同的治疗方式，如管道狭窄治疗，可以选择支架、扩张等。

C、此条款意义在于尊重患者选择权，让患者在真正理解该疾病有几种治疗方法，每种治疗方法的优劣，哪种方式是效果最好、最适合患者本人，包括治疗效果及费用，在充分知情的情况下进行选择。同时，提示医师对患者的治疗只有建议权，在征得患者同意的情况下进行治疗，紧急情况除外。

(5) 拟行治疗适应症

A、此条款中的特殊治疗适应症是指患者的病症适合采用此种治疗方式，如结肠息肉，通过结肠镜进行息肉烧除，可免于开刀手术切除，是结肠息肉常规治疗的适应症。

B、根据患者的身体条件来选择不同的治疗方式，如结肠息肉怀疑恶变，可选择开刀做肠切除手术，而不适合做经结肠镜切除息肉的特殊治疗。

C。意义在于让患者了解为什么做治疗、做什么治疗，最适合患者的病情，提示医师在治疗前再次核对患者是否具有该治疗的指证。

(6)建议拟行治疗名称

A、医师根据患者病情，在多种治疗方式的情况下，建议适合治疗患者此次病患的治疗名称。

B、此条款意义在于让患者知道医师建议执行的特殊治疗名称、治疗方式和方法，再次提示医师将要进行的特殊治疗，做好充分的准备工作，医患双方再次确认治疗的名称和方式。

(7) 治疗目的

A、此条款注明医师进行该项治疗希望解决的患者疾病主要问题，如缓解疼痛、切除肿瘤、改善功能、去除病因、减轻症状等等；

B、意义在于向患者说明此次治疗可以解决多少问题和可能达到的治疗效果，不能解决的问题也要说明，让患者理解，避免治疗后发生纠纷。例如：经胃镜切除息肉治疗，虽然病变切除，还有复发的可能，甚至恶变，所以需要密切观察，如复发，有可能多次经胃镜切除息肉治疗。

(8) 治疗部位

A、此条款强调的是此次需要治疗的患者病变的主要部位和器官。

B、此次治疗入路的部位或主要干预的器官，如右下腹、右肾等。

C、对于双侧器官的，必须注明左侧、右侧。

D、意义在于医师与患者双方对治疗部位的确认，提示医师再次核对即将进行治疗的病变部位，避免发生严重的治疗错位事件。

(9) 局部麻醉方式及风险

A、此条款仅限于治疗医师操作的局部麻醉，如注射浸润局麻、喷（滴）药弥散局麻，明确记录向患者告知此局麻可能产生的风险和并发症，如药物过敏反应、毒性反应以及可能诱发的疾病，产生的严重后果等。

B、由麻醉医师实行的麻醉另签麻醉说明知情同意书，如全麻、腰麻、神经阻滞、连续硬膜外麻醉等，此栏可不填写。

C、如果此次治疗不采取任何局麻方式，注明“本治疗无局部麻醉”。意义让患者了解局麻也存在发生不良反应的情形，提示医师注意局麻发生不良反应的事件。

(10) 患者自身存在高危因素

A、此条款填写的高危因素是指：患者自身的基础条件和疾病状况密切影响治疗效果和康复、增加治疗并发症和生命健康的危险因素。

B、此处应填写患者存在的自身条件，如高龄、幼儿、反复手术、营养不良、长期卧床等。

C、此处应填写患者自身存在的严重性疾病，对治疗可能产生影响的高危因素，如高血压、糖尿病、器官衰竭、心脏病、安有支架、长期抗凝血治疗、长期使用激素等。

D、意义在于医患双方对患者治疗前存在的高危因素的确认，使患者及近亲属充分理解自身基础状况对进行治疗产生可能的影响，自身疾病情况对治疗可能产生的影响，自身体质对耐受治疗能力的影响，这些高危因素的存在将增加治疗的难度、风险和并发症，尽管医师采取了常规的应对措施，也可能影响治疗的效果和康复。鉴于医学技术水平存在的局限性，非医师主观能够解决的，帮助患者和近亲属做好心理准备及充分考虑，做出是否进行治疗的选择。也是提示医师充分了解患者自身存在的影响治疗的因素，做好充分的应对措施。

（11）禁忌症

A、此条款填写的治疗禁忌症是指，由于患者自身的条件，不适应用此种方法做治疗。如凝血功能障碍患者，心血管支架手术后长期服用抗凝药期间，严重肝肾心肺重要器官功能衰竭等患者，此类患者在上述期间一般不应采用有切口创伤的特殊治疗方式治疗其他疾病，如治疗风险极高，可能导致大出血死亡情况。不得不做特殊治疗或患者强烈要求的，如患者心肌梗死发病治疗过程中，发现胃内早期息肉恶变，首选经胃镜切除特殊治疗方法，但胃镜治疗有可能加重心肌梗死病情，甚至造成患者死亡，风险极高，对此患者来说，胃镜治疗是禁忌症。如不做胃镜治疗，可能会延误最佳的手术时机，在做与不做的两难情况下，

如病情允许，决定选择胃镜治疗,需详细说明。

B、此条款的意义在于，临床上严格掌握禁忌症的标准，同时在必须做特殊治疗时，必须让患者了解医学两难情况，也是经双方确认该治疗是否存在禁忌。

C、“无禁忌症”的在此注明。

(12) 治疗风险，包括治疗中或治疗后可能出现的并发症等

A、此条款提到的并发症，目前尚没有法律上的定义，在实践中一般认为并发症，治疗一种疾病的过程中可能引起的另一种疾病或症状的发生，后者即为前者的并发症。

B、此条款向患者说明此次治疗，在治疗准备、治疗中、治疗后可能出现的一些情况，如出血、过敏、感染、损伤神经、邻近器官等等相关并发症，已知的发生率和治疗效果成功率等填写详细，向患者说明。

C、针对治疗中、治疗后可能出现的并发症，治疗前准备的应对措施要填写清楚，如过敏试验、备血、抢救设备、应急措施.

D、治疗方式的改变或治疗时间的延长的原因及相应应对措施说明的记录。

E、此条款的意义在于让患者和近亲属真正理解治疗有限的效果和可能产生的风险，增加心理准备，充分考虑做出选择，同时提示医师复习治疗前、治疗中、治疗后可能发生的并发症，做好充分的准备及应对措施，防止遗漏。

F、并发症的内容按顺序编号排列，如：1、2、3 等，患者在签名时需注明 1-10 条等，医师已向我说明，避免事后纠纷。

G、医院科室可以根据每种治疗方式常出现的并发症采用固定模式在此栏中提前印制，特殊情况在说明时加以补充。

(13) 治疗后主要注意事项

A、此条款填写的患者治疗后主要应当注意的问题，如特殊引流管的护理、输液注意事项、何时进食水、何时下地、保持体位、如何保护伤口、活动防止血栓等。

B、提示患者或近亲属在患者治疗后出现什么情况应及时告知医师护士处理。如高热、疼痛剧烈、呼吸困难、患者躁动不安、神智不清、伤口渗血、引流管不畅或脱出等等。

C、此条款意义在于让患者或近亲属了解治疗后可能出现和应当注意的问题，及时报告医护人员,配合医师护士自我观察、做好治疗后护理，预防并发症的发生。如治疗后如有增加的注意项目时，在病历中记录并让患者或家属签名。

(14) 拒绝治疗可能发生的后果

A、此条款填写的拒绝治疗可能发生的后果是指：该患者疾病需要治疗，医师向患者或近亲属建议进行此项治疗，患者或近亲属明确向医师表示不同意进行治疗，医师应当将向患者或近亲属说明不进行治疗可能会发生的疾病变化程度、不良后果、可能出现的医疗损害等等在此处填写，如病情加重、扩大、恶化、死亡等。

B、也应说明部分疾病能够自然转归、好转的可能性。

C、将患者延迟治疗、丧失最佳治疗时机，增加治疗难度和费用进行说明和填写。

D、简要注明患者拒绝治疗原因。

E、此条款意义在于让患者理解拒绝治疗后对其疾病的影响和后果，在患者充分理解的情况下，让其做出选择，同时体现了医师在充分说明的情况下，尊重患者的选择权，详细记录有利于证据的保留和完善，防止纠纷。

5、在“医师说明”中，有两段固定模式的文字性表述，其中，第一段文字表述为：

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除治疗风险及医疗意外风险等因素，存在治疗前和治疗后不可预见的特殊情况，恳请理解。

说明：

A、此条款意义在于采用固定格式来提醒医师做好治疗应对准备，并对治疗不能预知的情况向患者说明，适用于所有治疗条款。

B、让患者及近亲属理解治疗中基于患者体质特异和医学技术的局限产生的医疗风险，鉴于目前的医疗技术水平的局限性，医疗风险难以避免。虽然有些内容在前面已说明，为了防止漏项，再次强调治疗医疗风险，作为防止性的兜底条款。

第二段文字表述为：

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此说明知情同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

治疗医师签名：_____签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

说明：

A、此条款的文字意义在于，由医师向患者进行说明后，进行签名确认。也是保证医师说明制度的落实和签名具有的法律证明效力。

B、此条款填写的治疗医师可能是临床主管医师也可能是医技科室的操作医师，谁治疗谁负责说明签名。

C、签名时间精确到分的目的在于确认治疗中再次谈话和第一次治疗前谈话的时间，明确区分患者及其近亲属在不同时间做出的选择表述记录，同时避免仓促在治疗台或治疗室门口签名，使患者及近亲属产生治疗准备不足的误会。

6、在“患者知情同意内容”中，存在如下表述：

患者/患者近亲属/法定监护人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊治疗方案，并已就医疗风险和并发症_____（请患者本人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明。我理解治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道特殊治疗是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响,治疗前、治疗中、治疗后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案，也可以拒绝或放弃此项治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、治疗及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

_____

（请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样）

我_____（填写“同意”）接受医师建议的特殊治疗方案并愿意承担上述治疗风险。

并授权医师：在治疗中或治疗后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，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特殊治疗方案实施必要的抢救。

患者签名：_____

患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

我_____（填写“不同意”）接受医师建议的特殊治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行治疗导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名：_____

患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

说明：

A、此条款文字的意义在于，为节省时间、方便患者和防止遗漏，将患者自我表达的意思以固定的文字形式注明，减少患者及家属书写的时间，但描黑部分的内容，应由患者及近亲属逐字抄写在栏内，以表明患者及近亲属了解知情同意的内容，和对做出治疗选择的态度。

B、同意的患者须填写同意，不同意的患者要写明不同意的原因，并填写不同意、签名。

C、患者、近亲属、法定监护人签名，必须签写本人的名字，同时患者近亲属及法定监护人要注明与患者的关系，写明联络电话并将签名时间精确到年月时分，并注明签名地点。医师应核实患者近亲属及法定监护人身份证原件并留取身份证复印件。若近亲属及法定监护人不能提供有效的证件，在患者本人不清醒的情况下，近亲属及法定监护人应将与患者的关系及代理事项写清楚，并签名、按手印。

D、鉴于治疗中的突发紧急情况，都可能遇到治疗前未曾说明或无法预见的问题，如改变治疗方式，或切除重要器官，无法及时联系患者近亲属征得同意，为确保患者的安全，及时抢救，同时减少医师工作量，防止遗漏，故此条款特以固定的模式向患者及近亲属说明，并提前给予医师授权。如果治疗中条件和时间允许的情况下，还是应当先征得患者及近亲属同意后，再实施治疗。

E、鉴于并发症和医疗风险内容较多，说明时按照序号列出并在括号中填写从第几条到第几条，患者签名时需要亲自手写括号中的内容（第几条到第几条全部内容）。例：医师已将上述 1-10 的内容向我说明。目的在于证明患者本人已了解并发症和风险的条款的全部内容，防止患者误会医师修改或私自添加说明内容，并保证医疗说明知情同意（告知）书的法律效力。如医师术前需要添加或补充内容，应在添加或补充说明患者时补签名，签名时间记录到分；术中如需要近亲属签名，也应准确记录时间到分。

F、此条款的意义在于患者在医师说明后，患者要做出理解和明白的意思表达，对医师说明内容全部理解确认，表明患者已授权医师进行手术，充分尊重患者选择权、知情同意权。

G、患者的近亲属是指：按照《最高人民法院关于执行<中华人民共和国行政诉讼法>若干问题的解释》诉讼参加人中的第十一条规定“行政诉讼法第二十四条规定的“近亲属”，包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女和其他具有抚养、赡养关系的亲属。”北京市高级人民法院关于民事诉讼法定监护人若干问题的解答（试行）规定“近亲属”是指配偶、直系血亲、三代以内旁系血亲、近姻亲以及其他具有抚养、赡养关系的亲属。前述“近姻亲”是指：（1）直系血亲的配偶；（2）两代以内旁系血亲的配偶；（3）配偶的直系血亲及其配偶；（4）配偶的两代以内旁系血亲及其配偶。

近亲属是指：

配偶：妻子、丈夫

直系血亲：父母、子女

三代以内旁系血亲：兄弟、姐妹、姑姑、姨、舅舅、叔叔、侄子、侄女、外甥、外甥女、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

近姻亲是指：

直系血亲的配偶，如：继父母、有法律收养关系的养父母、儿媳、女婿；

两代以内旁系血亲的配偶，如：弟媳、兄嫂、姐夫、妹夫、姑父、姨夫、舅妈、婶子、侄媳妇、侄女婿、外甥媳妇、外甥女婿；

配偶的直系血亲及其配偶，如：公婆、岳父母；

配偶的两代以内旁系血亲及其配偶，如：大伯子、小叔子、大姑子、小姑子、大舅子、小舅子、大姨子、小姨子。

上述近亲属签名时，需签本人的名字。

法定监护人：法定监护人是法律特别规定的，不是患者委托的。《中华人民共和国民法通则》第十六条规定“未成年人的父母是未成年人的监护人。未成年人的父母已经死亡或者没有监护能力的，由下列人员中有监护能力的人担任监护人：（一）祖父母、外祖父母；（二）兄、姐；（三）关系亲密的其他亲属、朋友愿意承担监护责任，经未成年人的父、母的所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会同意的。对担任监护人有争议的，由未成年人的父、母的所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会在近亲属中指定。对指定不服提起诉讼的，由人民法院裁决。没有第一款、第二款规定的监护人的，由未成年人的父、母所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会或者民政部门担任监护人。”

无民事行为能力或者限制民事行为能力的精神病人，由下列人员担任监护人：（一）配偶；（二）父母；（三）成年子女；（四）其他近亲属；（五）关系密切的其他亲属、朋友愿意承担监护责任，经精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会同意的。对担任监护人有争议的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会在近亲属中指定。对指定不服提起诉讼的，由人民法院裁决。没有第一款规定的监护人的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会或者民政部门担任监护人。

法定监护人是指：法律规定的对未成年人的监护人

父母

父母死亡的，监护人顺序如下：

祖父母、

兄弟姐妹，

关系亲密的其他亲属、朋友

其他特殊情况（单位、村、居委会，民政部门指定）

精神病人的监护人是指：法律规定的顺序监护人

配偶；

父母；

成年子女；

其他近亲属

关系亲密的其他亲属、朋友

其他特殊情况（单位、村、居委会，民政部门指定）

上述监护人签名时，需签本人的名字。

7、备注：见证人是在患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签字的情况下，请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实，注明身份及身份证号码，以便证明事实。

说明：

此条款表明如果患者近亲属、法定监护人拒绝签名，履行告知的医师应在此栏中注明患方拒绝签名的原因，也可请其他的医护人员或知情患者证明、签名，同时也可以在有录像的房间里，对全部告知过程进行录音、录像，以备证据使用。

8、治疗中出现治疗前不可预见无法说明的特殊情况，需要改变治疗方式等，应再次履行知情说明义务，并签署说明知情同意书。

说明：

A、此条款的对于治疗中出现了治疗前未能估计到的情形，以致于治疗不能进行或治疗要改变原有方式，即便在治疗说明知情同意书中已经说明，但仍必须重新向患者或近亲属说明，征得同意并签署说明知情同意书。

B、意义在于原说明知情同意书说明的不是更改治疗方案的内容，治疗方式和并发症会有不同，涉及部分更改的内容也会不全面，不是专门的更改治疗的说明知情同意书。容易遗漏一些说明项目，为避免患者及近亲属的异议，充分体现患者的知情同意和选择权，应当再重新说明和填写治疗说明知情同意书。紧急情况下除外。

9、使用医用高值耗材或自费项目需另行签署说明知情同意书。

说明：

A、一次性医用高值耗材价格较高，医保报销比例限制，同时也存在可能的并发症的风险，患者在充分知情的情况下可以选择是否使用，因此应该签署独立的《自费项目说明知情同意书》。

B、部分药品、耗材属于自费项目，可能会加重患者的经济负担，是否使用应在患者充分知情的情况下，自我选择，应当签署独立的《自费项目说明知情同意书》。

第四部分、特殊检查与治疗说明知情同意书模板项目使用说明

1、说明知情同意书：_____医院_____特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

说明：在说明知情同意书名称中要注明医院名称及特殊检查与特殊治疗名称。医院名称是登记注册的全称.如：首都医科大学附属北京安贞　医院　阑尾切除 特殊检查与特殊治疗说明知情同意书。

2、前言：

尊敬的患者：

您好！

根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查与治疗是指较一般检查与治疗方法难度更高、侵害性更大、有一定危险性，可能产生不良后果且费用较高的检查与治疗。有时检查和治疗可以同时进行，为了减少反复操作，减轻您的痛苦、减少您的费用，提高检查治疗效率，根据您的病情，在条件许可的情况下，建议在检查确诊后同时进行治疗，医师特向您详细说明：特殊检查、治疗项目、目的、医疗风险（包括检查中、治疗中以及检查后、治疗后都有可能出现的并发症等）、替代诊治方案及相关措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

说明：

A、前言是从人文医学的角度，与患者在说明之前的一个交流，帮助患者在自行阅读时的开篇明意。同时，向患者介绍本说明知情同意书全部内容的简述。

B、根据《医疗机构管理条例实施细则》第八十八条规定：特殊检查、特殊治疗是指具有下列情形之一的诊断治疗活动： 1）有一定危险性，可能产生不良后果的检查和治疗；2）由于患者体质特殊或者病情危笃，可能对患者产生不良后果和危险的检查和治疗；3）临床试验性检查和治疗；4）收费可能对患者造成较大经济负担的检查和治疗。

3、在“一般项目”中包括如下栏目：患者姓名、性别、年龄、科室、病房或病区、病案号、身份证号码

说明：

A、患者信息应按照医保卡、诊疗卡、身份证填写。

B、科室是按收治患者的专业科室填写，如：骨科、普外科、心内科。

C、各医院病房或病区称谓不同时，各医院按照实际设置的病房或病区填写，如：二病区或三病房。

D、病案号通常是指该患者的住院病历号，如果是门诊检查治疗患者，病案号填写门诊病历号或门诊诊疗本号。如患者转科或病床号变更,可根据本院规定选择填写。

4、在“医师说明”中包括如下栏目：病情简介、检查与治疗前诊断、建议拟行检查与治疗方法、检查与治疗目的、检查与治疗部位、拟检查与治疗日期、局麻风险、过敏史、拟行检查与治疗指征及禁忌症、替代治疗方案、拒绝检查与治疗可能发生的后果、检查与治疗可能出现的并发症及医疗风险、检查与治疗后主要注意事项、患者自身存在高危因素、替代检查方案。

具体各项的说明如下：

（1） 病情简介

A、对患者病情的高度概括，主要介绍患者此次检查治疗，患者的主要症状和疾病诊断的主要特征，

例：结肠镜检查伴息肉切除，患者腹泻三个月、腹痛、无发烧、无黄疸发热、无体重减轻、一般情况尚可、肝功正常、生命体征正常；

B、疾病严重程度是指患者治疗前疾病所处的状态，如感染程度、神智状况、功能情况、行为能力、是否休克、昏迷，疾病分级、期及特殊检查结果等等；如：上述患者的无体重减轻、一般情况尚可、肝功正常、生命体征正常等表现，提示患者疾病程度较轻，行为能力正常等情况；

C、此条款的意义在于让患者理解检查治疗前自身病情状况和程度，也是检查治疗前医患双方对患者主要疾病症状和状态的确认，避免患者检查治疗后不认可自身疾病的状况和危险程度，避免纠纷，提示医师在检查治疗前进一步复习患者病情，设计好检查治疗方案。

（2）过敏史

A、此条款填写的过敏史是指药物、花粉、食物等。

B、填写此项的意义在于防止检查治疗前、检查治疗中、检查治疗后使用药物及过敏反应影响检查治疗效果，发生严重的不良事件，提醒医师注意，提早制定防范措施。提示患者如实向医师陈述自身过敏史，保证医师了解真实的病情。可采用印刷为固定版本、医师画勾的模式选择，如：青霉素、花粉、灰尘、磺胺类药物等过敏。

（3）检查与治疗前诊断

A、此处填写此次患者住院的疾病检查治疗的主要诊断，例：胆总管结石同时伴有高血压、糖尿病的患者，需先行内镜检查，同时进行括约肌切开取石治疗的时候，胆总管结石的诊断填写在前（后两个诊断医师根据情况和医院管理规定决定是否填写）。

B、与检查治疗密切相关的诊断和可能影响检查治疗效果的其他疾病诊断，与治疗密切相关的意思是指，与治疗方式的选择有关，如：结肠镜检查伴有肠息肉切除，但患者还有贫血，诊断应写：肠息肉诊断、贫血。

C、意义在于说明患者此次需要检查治疗的诊断及疾病病因和病情，让患者理解为什么需行检查治疗，对检查治疗可能产生影响的其他疾病的因素及风险，再次提醒医师明确检查治疗的适应症。

（4）替代检查与治疗方案

A、此条款填写的替代医疗是指本次针对患者疾病的检查与治疗同时进行的多种治疗手段和方式，如胃息肉恶变可采取经胃镜息肉病变局部切除、开腹胃息肉病变切除术、胃癌根治术等多种选择。

B、不同的检查治疗方式，如管道狭窄治疗，可以选择支架、扩张等。

C、此条款意义在于尊重患者选择权，让患者在真正理解该疾病有几种检查治疗方法，每种检查治疗方法的优劣，哪种方式是效果最好、最适合患者本人，包括检查治疗效果及费用，在充分知情的情况下进行选择。同时，提示医师对患者的检查治疗只有建议权，在征得患者同意的情况下进行治疗，紧急情况除外。

（5）拟检查与治疗适应症

A、此条款中的特殊检查、特殊治疗适应症是指患者的病症适合采用检查和治疗同时进行的方式，如结肠息肉，通过结肠镜检查明确诊断结肠息肉，而不是恶性肿瘤，即刻决定进行息肉烧除，既节省了时间、切除了病变、还避免了二次治疗和免于开刀手术切除，为患者节省了费用。

B、根据患者的身体条件来选择不同的检查治疗方式，钡灌肠造影虽然也能诊断结肠息肉，但不能同时切除病变，还需再做结肠镜检查，所以不适合该患者的治疗，而经结肠镜检查是最合适的方法。

C。意义在于让患者了解为什么做检查治疗、做什么检查治疗，最适合患者的病情，提示医师在检查治疗前再次核对患者是否具有该检查治疗的指证。

（6）建议拟行检查与治疗方法

A、医师根据患者病情，在多种检查治疗方式的情况下，建议患者病情适合检查和治疗同时进行的检查治疗方式。

B、此条款意义在于让患者知道医师建议执行的特殊检查治疗名称、方式和方法，再次提示医师将要进行的特殊检查治疗，做好充分的准备工作。

（7）检查与治疗目的

A、此条款注明医师进行特殊检查和治疗同时进行的方法，希望解决患者疾病主要问题，如缓解疼痛、切除肿瘤、改善功能、去除病因、减轻症状等等；

b、意义在于向患者说明此次检查治疗可以解决多少问题和可能达到的治疗效果，不能解决的问题也要说明，让患者理解，避免检查治疗后发生纠纷。例如：经胃镜检查、诊断胃息肉，即刻切除息肉病变，虽然病变切除，还有复发甚至恶变的可能，所以需要密切观察，如复发，有可能多次经胃镜切除息肉治疗，都应详细说明并记录。

（8）检查与治疗部位

A、此条款强调的是此次需要检查治疗的患者病变的主要部位和器官。

B、此次检查治疗入路的部位或主要干预的器官，如右下腹、右肾等。

C、对于双侧器官的，必须注明左侧、右侧。

D、意义在于医师与患者双方对检查治疗部位的确认，提示医师再次核对即将进行检查治疗的病变部位，避免发生严重的检查治疗错位事件。

（9）局部麻醉方式及风险

A、此条款仅限于检查治疗医师操作的局部麻醉，如注射浸润局麻、喷（滴）药弥散局麻，明确记录向患者告知此局麻可能产生的风险和并发症，如药物过敏反应、毒性反应以及可能诱发的疾病，产生的严重后果等。

B、由麻醉医师实行的麻醉另签麻醉说明知情同意书，如全麻、腰麻、神经阻滞、连续硬膜外麻醉等，此栏可不填写。

C、如果此次检查治疗不采取任何局麻方式，注明“本检查治疗无局部麻醉”。意义让患者了解局麻也存在发生不良反应的情形，提示医师注意局麻发生不良反应的事件。

（10）患者自身存在危险因素

A、此条款填写的危险因素是指：患者自身的基础条件和疾病状况密切影响检查治疗效果和康复、增加检查治疗并发症和生命健康的危险因素。

B、此处应填写患者存在的自身条件，如高龄、幼儿、反复手术、营养不良、长期卧床等。

C、此处应填写患者自身存在的严重性疾病，对检查治疗可能产生影响的危险因素，如高血压、糖尿病、器官衰竭、心脏病、安有支架、长期抗凝血治疗、长期使用激素等。

D、意义在于医患双方对患者检查治疗前存在的危险因素的确认，使患者及近亲属充分理解自身基础状况对进行检查治疗产生可能的影响，自身疾病情况对检查治疗可能产生的影响，自身体质对耐受检查治疗能力的影响，这些高危因素的存在将增加检查治疗的难度、风险和并发症，尽管医师采取了常规的应对措施，也可能影响检查治疗的效果和康复。鉴于医学技术水平存在的局限性，非医师主观能够解决的，帮助患者和近亲属做好心理准备及充分考虑，做出是否进行检查治疗的选择。也是提示医师充分了解患者自身存在的影响检查治疗的因素，做好充分的应对措施。

（11）禁忌症

A、此条款填写的检查治疗禁忌症是指，由于患者自身的条件，不适应用检查与治疗同时进行的方法。如凝血功能障碍患者，心血管支架手术后长期服用抗凝药期间，严重肝肾心肺重要器官功能衰竭等患者，此类患者在上述期间一般不应采用有切口创伤的特殊检查特殊治疗方式治疗其他疾病，如检查治疗风险极高，可能导致大出血死亡情况。不得不做特殊检查治疗或患者强烈要求的，如患者心肌梗死发病治疗过程中，发现胃内早期息肉恶变，首选经胃镜切除特殊治疗方法，但胃镜治疗有可能加重心肌梗死病情，甚至造成患者死亡，风险极高，对此患者来说，胃镜治疗是禁忌症。如不做胃镜治疗，可能会延误最佳的检查治疗时机，在做与不做的两难情况下，如病情允许，决定选择胃镜治疗,需详细说明。

B、此条款的意义在于，临床上严格掌握禁忌症的标准，同时在必须做特殊检查治疗时，必须让患者了解医学两难情况，也是经双方确认该检查治疗是否存在禁忌。

C、“无禁忌症”的在此注明。

（12）检查与治疗可能出现的并发症及医疗风险

A、此条款提到的并发症，目前尚没有法律上的定义，在实践中一般认为并发症，检查与治疗同时诊治一种疾病的过程中可能引起的另一种疾病或症状的发生，后者即为前者的并发症。

B、此条款向患者说明此次检查治疗，在检查治疗准备、检查治疗中、检查治疗后可能出现的一些情况，如出血、过敏、感染、损伤神经、邻近器官等等相关并发症，已知的发生率和检查治疗效果成功率等填写详细，向患者说明。

C、针对检查治疗中、检查治疗后可能出现的并发症，检查治疗前准备的应对措施要填写清楚，如过敏试验、备血、抢救设备、应急措施.

D、检查治疗方式的改变或检查治疗时间的延长的原因及相应应对措施说明的记录。

E、此条款的意义在于让患者和近亲属真正理解检查治疗有限的效果和可能产生的风险，增加心理准备，充分考虑做出选择，同时提示医师复习检查治疗前、检查治疗中、检查治疗后可能发生的并发症，做好充分的准备及应对措施，防止遗漏。

F、并发症的内容按顺序编号排列，如：1、2、3 等，患者在签名时需注明 1-10 条等，医师已向我说明，避免事后纠纷。

G、医院科室可以根据每种检查治疗方式常出现的并发症采用固定模式在此栏中提前印制，特殊情况在说明时加以补充。

（13）检查与治疗后主要注意事项

A、此条款填写的患者检查治疗后主要应当注意的问题，如特殊引流管的护理、输液注意事项、何时进食水、何时下地、保持体位、如何保护伤口、活动防止血栓等。

B、提示患者或近亲属在患者检查治疗后出现什么情况应及时告知医师护士处理。如高热、疼痛剧烈、呼吸困难、患者躁动不安、神智不清、伤口渗血、引流管不畅或脱出等等。

C、此条款意义在于让患者或近亲属了解检查治疗后可能出现和应当注意的问题，及时报告医护人员,配合医师护士自我观察、做好检查治疗后护理，预防并发症的发生。如检查治疗后如有增加的注意项目时，在病历中记录并让患者或家属签名。

（14）拒绝检查与治疗可能发生的后果

A、此条款填写的拒绝检查治疗可能发生的后果是指：该患者疾病需要检查治疗同时进行时，医师向患者或近亲属建议进行此项检查治疗，患者或近亲属明确向医师表示不同意进行检查治疗，医师应当将向患者或近亲属说明不进行检查治疗可能会发生的疾病变化程度、不良后果、可能出现的医疗损害等等在此

处填写，如病情加重、扩大、恶化、死亡等。

B、也应说明部分疾病能够自然转归、好转的可能性。

C、将患者延迟检查治疗、丧失最佳检查治疗时机，增加检查治疗难度和费用进行说明和填写。

D、简要注明患者拒绝检查治疗原因。

E、此条款意义在于让患者理解拒绝检查治疗后对其疾病的影响和后果，在患者充分理解的情况下，让其做出选择，同时体现了医师在充分说明的情况下，尊重患者的选择权，详细记录有利于证据的保留和完善，防止纠纷。

5、在“医师说明”中，还存在两段文字性表述，其中，第一段文字表述为：

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除检查与治疗风险及医疗意外风险等因素，存在检查与治疗前和检查与治疗后不可预见的特殊情况，恳请理解。

说明：

A、此条款意义在于采用固定格式来提醒医师做好检查治疗应对准备，并对检查治疗不能预知的情况向患者说明，适用于所有检查治疗条款。

B、让患者及近亲属、法定监护人理解检查治疗中基于患者体质特异和医学技术的局限产生的医疗风险，鉴于目前的医疗技术水平的局限性，医疗风险难以避免。虽然有些内容在前面已说明，为了防止漏项，再次强调检查治疗医疗风险，作为防止性的兜底条款。

第二段文字表述为：

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

检查医师签名：_____签名时间：___年___月___日____时____分　签名地点：_____

治疗医师签名：_____签名时间：___年___月___日__时___分　签名地点：_____

说明：

A、此条款的文字意义在于，由医师向患者进行说明后，进行签名确认。也是保证医师说明制度的落实和签名具有的法律证明效力。

B、此条款填写的检查治疗医师可能是临床主管医师也可能是医技科室的操作医师，谁治疗谁负责说明签名。

C、签名时间精确到分的目的在于确认检查治疗中再次谈话和第一次检查治疗前谈话的时间，明确区分患者及其近亲属在不同时间做出的选择表述记录，同时避免仓促在检查治疗台或检查治疗室门口签名，使患者及近亲属产生检查治疗准备不足的误会。

6、在“患者知情同意内容”中，存在如下表述：

患者/患者近亲属/法定监护人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊检查与治疗方案，并已就医疗风险和并发症（请患者本人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明。我理解检查与治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道检查与治疗是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响,检查与治疗前、检查与治疗中、检查与治疗后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代检查与治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他检查与治疗方案，也可以拒绝或放弃此项检查与治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、检查与治疗及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

_____

（请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样）

我_____（填写“同意”）接受医师建议的特殊检查与治疗方案并愿意承担上述检查与治疗风险。

并授权医师：在检查与治疗中或检查与治疗后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，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检查与治疗方案实施必要的抢救。

患者签名：_____

患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

我_____（填写“不同意”）接受医师建议的特殊检查与治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行检查与治疗导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名：_____

患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

说明：

A、此条款文字的意义在于，为节省时间、方便患者和防止遗漏，将患者自我表达的意思以固定的文字形式注明，减少患者及家属书写的时间，但描黑部分的内容，应由患者及近亲属逐字抄写在栏内，以表明患者及近亲属了解知情同意的内容，和对做出治疗选择的态度。

B、同意的患者须填写同意，不同意的患者要写明不同意的原因，并填写不同意、签名。

C、患者、近亲属、法定监护人签名，必须签写本人的名字，同时患者近亲属及法定监护人要注明与患者的关系，写明联络电话并将签名时间精确到年月时分，并注明签名地点。医师应核实患者近亲属及法定监护人身份证原件并留取身份证复印件。若近亲属及法定监护人不能提供有效的证件，在患者本人不清醒的情况下，近亲属及法定监护人应将与患者的关系及代理事项写清楚，并签名、按手印。

D、鉴于治疗中的突发紧急情况，都可能遇到治疗前未曾说明或无法预见的问题，如改变治疗方式，或切除重要器官，无法及时联系患者近亲属征得同意，为确保患者的安全，及时抢救，同时减少医师工作量，防止遗漏，故此条款特以固定的模式向患者及近亲属、法定监护人说明，并提前给予医师授权。如果治疗中条件和时间允许的情况下，还是应当先征得患者及近亲属同意后，再实施治疗。

E、鉴于并发症和医疗风险内容较多，说明时按照序号列出并在括号中填写从第几条到第几条，患者签名时需要亲自手写括号中的内容（第几条到第几条全部内容）。例：医师已将上述 1-10 的内容向我说明。目的在于证明患者本人已了解并发症和风险的条款的全部内容，防止患者误会医师修改或私自添加说明内容，并保证医疗说明知情同意（告知）书的法律效力。如医师术前需要添加或补充内容，应在添加或补充说明患者时补签名，签名时间记录到分；术中如需要近亲属签名，也应准确记录时间到分。

F、此条款的意义在于患者在医师说明后，患者要做出理解和明白的意思表达，对医师说明内容全部

理解确认，表明患者已授权医师进行手术，充分尊重患者选择权、知情同意权。

G、患者的近亲属是指：按照《最高人民法院关于执行<中华人民共和国行政诉讼法>若干问题的解释》诉讼参加人中的第十一条规定“行政诉讼法第二十四条规定的“近亲属”，包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女和其他具有抚养、赡养关系的亲属。”北京市高级人民法院关于民事诉讼法定监护人若干问题的解答（试行）规定“近亲属”是指配偶、直系血亲、三代以内旁系血亲、近姻亲以及其他具有抚养、赡养关系的亲属。前述“近姻亲”是指：（1）直系血亲的配偶；（2）两代以内旁系血亲的配偶；（3）配偶的直系血亲及其配偶；（4）配偶的两代以内旁系血亲及其配偶。

近亲属是指：

配偶：妻子、丈夫

直系血亲：父母、子女

三代以内旁系血亲：兄弟、姐妹、姑姑、姨、舅舅、叔叔、侄子、侄女、外甥、外甥女、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

近姻亲是指：

直系血亲的配偶，如：继父母、有法律收养关系的养父母、儿媳、女婿；

两代以内旁系血亲的配偶，如：弟媳、兄嫂、姐夫、妹夫、姑父、姨夫、舅妈、婶子、侄媳妇、侄女婿、外甥媳妇、外甥女婿；

配偶的直系血亲及其配偶，如：公婆、岳父母；

配偶的两代以内旁系血亲及其配偶，如：大伯子、小叔子、大姑子、小姑子、大舅子、小舅子、大姨子、小姨子。

上述近亲属签名时，需签本人的名字。

法定监护人：法定监护人是法律特别规定的，不是患者委托的。《中华人民共和国民法通则》第十六条规定“未成年人的父母是未成年人的监护人。未成年人的父母已经死亡或者没有监护能力的，由下列人员中有监护能力的人担任监护人：（一）祖父母、外祖父母；（二）兄、姐；（三）关系亲密的其他亲属、朋友愿意承担监护责任，经未成年人的父、母的所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会同意的。对担任监护人有争议的，由未成年人的父、母的所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会在近亲属中指定。对指定不服提起诉讼的，由人民法院裁决。没有第一款、第二款规定的监护人的，由未成年人的父、母所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会或者民政部门担任监护人。”

无民事行为能力或者限制民事行为能力的精神病人，由下列人员担任监护人：（一）配偶；（二）父母；（三）成年子女；（四）其他近亲属；（五）关系密切的其他亲属、朋友愿意承担监护责任，经精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会同意的。对担任监护人有争议的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会在近亲属中指定。对指定不服提起诉讼的，由人民法院裁决。没有第一款规定的监护人的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会或者民政部门担任监护人。

法定监护人是指：法律规定的对未成年人的监护人

父母

父母死亡的，监护人顺序如下：

祖父母、

兄弟姐妹，

关系亲密的其他亲属、朋友
其他特殊情况（单位、村、居委会，民政部门指定）
精神病人的监护人是指：法律规定的顺序监护人
配偶；
父母；
成年子女；
其他近亲属
关系亲密的其他亲属、朋友
其他特殊情况（单位、村、居委会，民政部门指定）
上述监护人签名时，需签本人的名字。

7、备注：见证人是在患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签字的情况下，请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实，注明身份及身份证号码，以便证明事实。

说明：

此条款表明如果患者近亲属、法定监护人拒绝签名，履行告知的医师应在此栏中注明患方拒绝签名的原因，也可请其他的医护人员或知情患者证明、签名，同时也可以在有录像的房间里，对全部告知过程进行录音、录像，以备证据使用。

8、治疗中出现治疗前不可预见无法说明的特殊情况，需要改变治疗方式等，应再次履行知情说明义务，并签署说明知情同意书。

说明：

A、此条款的对于治疗中出现了治疗前未能估计到的情形，以致于治疗不能进行或治疗要改变原有方式，即便在治疗说明知情同意书中已经说明，但仍必须重新向患者或近亲属说明，征得同意并签署说明知情同意书。

B、意义在于原治疗说明知情同意书说明的不是更改治疗方案的内容，治疗方式和并发症会有不同，涉及部分更改的内容也会不全面，不是专门的更改治疗的说明知情同意书。容易遗漏一些说明项目，为避免患者及近亲属的异议，充分体现患者的知情同意和选择权，应当再重新说明和填写治疗说明知情同意书。紧急情况下除外。

9、使用医用高值耗材或自费项目需另行签署说明知情同意书。

说明：

A、一次性医用高值耗材价格较高，医保报销比例限制，同时也存在可能的并发症的风险，患者在充分知情的情况下可以选择是否使用，因此应该签署独立的《自费项目说明知情同意书》。

B、部分药品、耗材属于自费项目，可能会加重患者的经济负担，是否使用应在患者充分知情的情况下，自我选择，应当签署独立的《自费项目说明知情同意书》。

第五部分、住院患者外出告知书模板项目使用说明

1、告知书：_____医院住院患者外出告知书

说明：

在告知书名称中要注明医院名称。医院名称是登记注册的全称.如：首都医科大学附属北京安贞　医院住院患者外出告知书。

2、在“一般项目”中包括如下栏目：科室、病房或病区、病案号、床位号、患者姓名、性别、年龄、身份证号码

说明：

A、患者信息应按照医保卡、诊疗卡、身份证填写。

B、科室是按收治患者的专业科室填写，如：骨科、普外科、心内科。

C、各医院病房或病区称谓不同时，各医院按照实际设置的病房或病区填写，如：二病区或三病房。

D、病案号通常是指该患者的住院病历号，如果是门诊检查治疗患者，病案号填写门诊病历号或门诊诊疗本号。如患者转科或病床号变更,可根据本院规定选择填写。

3、在具体内容上，包括两段文字性表述，其中，第一段文字表述为：

尊敬的患者：

您因病住院期间需要安心治疗，您目前的疾病状况不能外出。而且医保报销也有规定，患者办理住院手续期间离院不在医院住院治疗，医保不予以报销费用。外出有以下风险，有可能对您疾病、健康甚至生命造成不利影响：

1、 您的病情加重或恶化甚至危及生命；

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：

说明：

A、此项告知的意义在于改变过去患者请假并填写申请书，医院如批准申请书就应承担批准外出的责任，现改为告知书，向患者明确告知住院期间不能外出，但医院没有权利限制患者的人身自由，应采取告诉患者住院期间外出可能产生的疾病发展及突发意外情况，让患者知道外出可能产生的不良后果，如患者坚持外出应自行承担责任。

B、此告知书使用是指，患者在住院期间提出外出要求，医师不同意其外出，但患者坚持要求外出时填写，患者签名并注明时间。

C、本告知书与一般医院入院告知内容中不能外出的部分不重复，入院初的告知是提醒他遵守医院规章制度，住院期间不能外出。但住院期间患者坚持要外出时，应填写本告知书并要求患者签名确认、注明时间。

第二段文字表述为：

综上所述，我们建议您住院期间不要外出。

告知人签名：_____

签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

患者意见：

医务人员已将外出可能发生的风险向我告知，我明白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，本人愿意承担外出引发的一切风险、后果以及由此带来的法律责任。

患者签名：**“我已了解外出风险，我坚持外出”（患者抄写）** _____

患者近亲属/法定监护人签名：_____与患者关系：_____联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：___年___月___日____时____分　　签名地点：_____

说明：

A、此条款文字的意义在于，为节省时间、方便患者和防止遗漏，将患者自我表达的意思以固定的文字形式注明，减少患者及家属书写的时间，但描黑部分的内容，应由患者及近亲属逐字抄写在栏内，以表明患者及近亲属了解知情同意的内容，和对做出治疗选择的态度。

B、患者、近亲属、法定监护人签名，必须签写本人的名字，同时患者近亲属及法定监护人要注明与患者的关系，写明联络电话并将签名时间精确到年月时分，并注明签名地点。医师应核实患者近亲属及法定监护人身份证原件并留取身份证复印件。若近亲属及法定监护人不能提供有效的证件，在患者本人不清醒的情况下，近亲属及法定监护人应将与患者的关系及代理事项写清楚，并签名、按手印。

C、此条款的意义在于患者在医师告知后，患者要做出理解和明白的意思表达，对医师告知内容全部理解确认，表明患者已授权医师进行手术，充分尊重患者选择权、知情同意权。

D、患者的近亲属是指：按照《最高人民法院关于执行<中华人民共和国行政诉讼法>若干问题的解释》诉讼参加人中的第十一条规定“行政诉讼法第二十四条规定的“近亲属”，包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女和其他具有抚养、赡养关系的亲属。”北京市高级人民法院关于民事诉讼法定监护人若干问题的解答（试行）规定“近亲属”是指配偶、直系血亲、三代以内旁系血亲、近姻亲以及其他具有抚养、赡养关系的亲属。前述“近姻亲”是指：（1）直系血亲的配偶；（2）两代以内旁系血亲的配偶；（3）配偶的直系血亲及其配偶；（4）配偶的两代以内旁系血亲及其配偶。

近亲属是指：

配偶：妻子、丈夫

直系血亲：父母、子女

三代以内旁系血亲：兄弟、姐妹、姑姑、姨、舅舅、叔叔、侄子、侄女、外甥、外甥女、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

近姻亲是指：

直系血亲的配偶，如：继父母、有法律收养关系的养父母、儿媳、女婿；

两代以内旁系血亲的配偶，如：弟媳、兄嫂、姐夫、妹夫、姑父、姨夫、舅妈、婶子、侄媳妇、侄女婿、外甥媳妇、外甥女婿；

配偶的直系血亲及其配偶，如：公婆、岳父母；

配偶的两代以内旁系血亲及其配偶，如：大伯子、小叔子、大姑子、小姑子、大舅子、小舅子、大姨子、小姨子。

上述近亲属签名时，需签本人的名字。

法定监护人：法定监护人是法律特别规定的，不是患者委托的。《中华人民共和国民法通则》第十六条规定“未成年人的父母是未成年人的监护人。未成年人的父母已经死亡或者没有监护能力的，由下列人员中有监护能力的人担任监护人：（一）祖父母、外祖父母；（二）兄、姐；（三）关系亲密的其他亲属、朋友愿意承担监护责任，经未成年人的父、母的所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会同意的。对担任监护人有争议的，由未成年人的父、母的所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会在近亲属中指定。对指定不服提起诉讼的，由人民法院裁决。没有第一款、第二款规定的监护人的，由未成年人的父、母所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会或者民政部门担任监护人。”

无民事行为能力或者限制民事行为能力的精神病人，由下列人员担任监护人：（一）配偶；（二）父母；（三）成年子女；（四）其他近亲属；（五）关系密切的其他亲属、朋友愿意承担监护责任，经精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会同意的。对担任监护人有争议的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会在近亲属中指定。对指定不服提起诉讼的，由人民法院裁决。没有第一款规定的监护人的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会或者民政部门担任监护人。

法定监护人是指：法律规定的对未成年人的监护人

父母

父母死亡的，监护人顺序如下：

祖父母、

兄弟姐妹，

关系亲密的其他亲属、朋友

其他特殊情况（单位、村、居委会，民政部门指定）

精神病人的监护人是指：法律规定的顺序监护人

配偶；

父母；

成年子女；

其他近亲属

关系亲密的其他亲属、朋友

其他特殊情况（单位、村、居委会，民政部门指定）

上述监护人签名时，需签本人的名字。

E、告知人是指向当患者提出外出，向其告知不能外出的医护人员，通常由经治医师告知，也有临时值班医师告知，甚至是病房护士长、护士，故此处使用告知人员而不是告知医师，此种作法也符合临床实践，告知人员告知时应注明签名地点，时间应精确到分。

F、患者的意见，为节省时间、方便操作，将告知后患者的理解用固定的文字格式表述，但患者本人、近亲属/法定监护人需要就**“我已了解外出风险，我坚持外出”**亲自抄写，签名并注明时间地点。

G、如果患者及近亲属拒绝签名，履行告知的医师应在此栏中注明患方拒绝的原因，还应请在场的医护人员或其他人员同时签名或采用录音录像的方式记录证明。

H、未请假患者外出，医护人员发现后应及时查找并向科室、医院和相关部门报告、登记，在病历或护理记录中注明情况，必要时可请同病房患者签名证明，能够通知患者的尽量通知其返院，并告知患者及

近亲属，发生疾病的变化及意外情况由其承担相应责任，通知的方式可以采用录音、短信、微信等记录证明。

I、患者确有特殊情况或原因需要外出时间较长的，应劝其办理自动出院手续。确有事情需要外出，因医院不能限制患者人身自由，请患者在外出告知书上签名，自行承担外出责任。

J、无行为能力和限制行为能力患者外出，需由法定监护人陪同，医师向其法定监护人告知、签名，如其带患者外出，患者监护人承担责任。

第六部分、患者死亡通知书模板项目使用说明

1、通知书的名称：_____医院患者死亡通知书

说明：

A 该通知书名称中要注明医院名称。如：首都医科大学附属北京安贞 医院患者死亡通知书

B、此通知书的意义在于证明当患者死亡后，医院向患者方说明其应用的权利义务，如：解剖、捐献遗体或器官、按规定停放尸体。

现实中，患者死亡后尤其是有死亡争议的，医院要求尸体解剖查明死因，患者近亲属往往不配合、不表态或不同意也拒不签名，常常超过法律规定的解剖时限，致使解剖不能进行。在以后的诉讼中，患者近亲属往往不承认是自己拒绝解剖，医院也不能举证患者如何拒绝，以致医院在诉讼中处在不能举证的被动状态，还容易在诉讼中败诉。按照法律规定，医院只有履行向患者近亲属说明的法定义务，是否决定解剖是患者方的权利，医院无强制患者方解剖的权利。因此，医院的责任只是向患者近亲属说明其有解剖的权利，医院只要证明已尽说明义务，就完成了法律赋予的责任。并不需要强行要求患者方签写拒绝解剖，患者方是否同意解剖，应由患者方自行举证。如果患者方没有填写尸体解剖申请书，就应视为其拒绝解剖。

C、在患者死亡后，医院及时向患者方说明可以申请解剖，此时患者方容易理解医院是在履行正常的工作程序，往往可以接受和签名，有利于取得医院向患者方说明的证据。

D、在死亡通知书的下段标有患者方是否同意解剖的记录，患者方应当填写，如患者方拒绝填写，不勉强，如患者方同意解剖，可到实行尸体解剖的单位填写尸解申请书。

E、社会鼓励捐献器官或尸体，医院也有宣传的义务，也有向患者方说明患者死亡后，应按照相关管理制度进行安葬处理，遵守医院各项规章管理制度，及时办理结账及相关手续，其与现行医院的死亡证明书在内容上有差别。

2、在“一般项目”中包括如下栏目：患者姓名、性别、年龄、科室、病房或病区、病案、身份证号码

说明：

A、患者信息应按照医保卡、诊疗卡、身份证填写。

B、科室是按收治患者的专业科室填写，如：骨科、普外科、心内科。

C、各医院病房或病区称谓不同时，各医院按照实际设置的病房或病区填写，如：二病区或三病房。

D、病案号通常是指该患者的住院病历号，如果是门诊检查治疗患者，病案号填写门诊病历号或门诊诊疗本号。如患者转科或病床号变更,可根据本院规定选择填写。

3、在具体内容上，包括六段文字性表述，其中，第一段文字表述为：

尊敬的患者近亲属/法定监护人：

患者_____在我院_____科治疗，因抢救无效于__年__月__日__时__分-去世，死亡诊断为_____ ，对于患者的离世，我院深表遗憾，对您及其亲属致以最诚挚的慰问，敬请节哀。现将有关事项告知如下：

1、根据　　法的相关规定，和我国民法、继承法的相关规定，在死者生前未对尸体的处理做出明确处理意见的情况下，我们提示您有对死者的尸体及器官捐献的处分权利；如您申请捐献死者尸体及器官，您可选择中国红十字会、北京市红十字会、北京协和医学院等办理相关事宜。

说明：

A、按照我国法律规定，鼓励社会大众主动捐献尸体及器官，在患者生前没有明确态度表示时，患者近亲属有权利做出捐献与否的决定，因此，为促进我国尸体、器官捐献工作发展，医务人员有义务在患者死亡后向近亲属说明权利义务，鼓励捐献为医学事业发展做出贡献。

B、告知患者近亲属或法定监护人有权对患者尸体及器官是否捐献做出选择，并说明捐献的意义、如何捐献、捐献单位及联系方式等。

第二段文字表述为：

2、为促进医学科学事业的发展，我院建议你们能同意对死者在死亡后 48 小时内进行尸检，尸检工作由我院病理科负责并进行。

说明：

A、患者尸体解剖意义，不仅是医疗纠纷的处理，更应为科研和教学探索医学为目的，应鼓励患者近亲属为促进医学事业的发展同意解剖尸体，并说明尸体解剖的意义。

B、尸体解剖费用问题，一般患者近亲属不愿意承担尸体解剖费用，为了鼓励尸体解剖工作的开展，为更多患者受益为医学事业做出贡献，建议国家建立专门基金支持尸体解剖工作，目前在国家未规定的情况下，由医院先期承担是促进尸体解剖比较可行的办法。

C、国家法律有特殊规定的，按照国家法律执行。如不明原因的烈性传染病为保证社会大众健康利益，查明病因、医院可以强制解剖尸体。

第三段文字表述为：

3、为明确死因，根据《医疗事故处理条例》18 条规定，你们有权申请在 48 小时内进行尸体解剖，具备尸体冰存条件的，可以延长至七天。

尸检可委托医患双方共同认可的北京市有资质的鉴定机构进行，北京市规定的尸体解剖机构为:北京大学医学部病理系、北京市法庭科学技术鉴定研究所。

说明：

A、根据法律规定，查清死因尸体解剖有一定的期限，医护人员应当及时向患者近亲属告知，向患者近亲属说明尸体保存期限和保证解剖结果准确性的相关要求，及尸体保存时间过长而影响确定死因结果的因素。

B、特殊情况超过法定规定的七天时限，医院认为有必要进行尸体解剖，患者近亲属也同意的情况下，也可以进行尸体解剖。

《医疗事故处理条例》第十八条 患者死亡，医患双方当事人不能确定死因或者对死因有异议的，应当在患者死亡后 4 8 小时内进行尸检；具备尸体冻存条件的，可以延长至 7 日。尸检应当经死者近亲属同意并签名。

尸检应当由按照国家有关规定取得相应资格的机构和病理解剖专业技术人员进行。承担尸检任务的机构和病理解剖专业技术人员有进行尸检的义务。

医疗事故争议双方当事人可以请法医病理学人员参加尸检，也可以委派代表观察尸检过程。拒绝或者拖延尸检，超过规定时间，影响对死因判定的，由拒绝或者拖延的一方承担责任。

第四段文字表述为：

4、根据《医疗事故处理条例》19 条规定，患者死亡的尸体应当立即移送太平间，尸体存放时间一般不超过两周，请你们在规定时间内安置，逾期不安置，有关部门将会按相关法律规定处理，产生的费用需要由你们支付。

说明：

意义在于对于尸体的处理，我国法律有相关的规定及医院的规章制度，患者近亲属应当遵守，不能无故停尸超过规定时间，医护人员应当事先向其说明存放时间及费用承担，避免引发尸体过期存放所产生的费用纠纷。

《医疗事故处理条例》第十九条 患者在医疗机构内死亡的，尸体应当立即移放太平间。死者尸体存放时间一般不得超过 2 周。逾期不处理的尸体，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。

最高人民法院 最高人民检察院 公安部 司法部 国家卫生和计划生育委员会印发《关于依法惩处涉医违法犯罪维护正常医疗秩序的意见》的通知，二、严格依法惩处涉医违法犯罪，（二）在医疗机构私设灵堂、摆放花圈、焚烧纸钱、悬挂横幅、堵塞大门或者以其他方式扰乱医疗秩序，尚未造成严重损失，经劝说、警告无效的，要依法驱散，对拒不服从的人员要依法带离现场，依照治安管理处罚法第二十三条的规定处罚；聚众实施的，对首要分子和其他积极参加者依法予以治安处罚；造成严重损失或者扰乱其他公共秩序情节严重，构成寻衅滋事罪、聚众扰乱社会秩序罪、聚众扰乱公共场所秩序、交通秩序罪的，依照刑法的有关规定定罪处罚。

在医疗机构的病房、抢救室、重症监护室等场所及医疗机构的公共开放区域违规停放尸体，影响医疗秩序，经劝说、警告无效的，依照治安管理处罚法第六十五条的规定处罚；严重扰乱医疗秩序或者其他公共秩序，构成犯罪的，依照前款的规定定罪处罚。

第五段文字表述为：

5、接到通知后请到出院处结账办理相关手续，并请携带有效身份证件或授权委托书领取死亡证明书。告知人员签名：_____

签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

说明：

A、此段话的意义在于，在患者死亡后告知家属，携带什么证件和在何处办理结账、相关手续，体现医院的服务。

B、告知人是指向患者家属告知患者死亡情况的医务人员，通常死亡通知书是由经治医师通知，也有临时值班医师通知，在发生纠纷时，也有行政管理人员告知的情形，故此处使用告知人员而不是告知医师，此种作法也符合临床实践，告知人员告知时应注明签名地点，时间应精确到分。

第六段文字表述为：

医护人员已向我送达死亡通知书，我已_____（患者近亲属手写“**收到**”）并完全理解了通知书的内容。

患者近亲属/法定监护人签名：_____与患者关系：_____联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：___年___月___日____时____分 签名地点：_____

说明：

A、此条款文字的意义在于，为节省时间、方便患者和防止遗漏，将患者自我表达的意思以固定的文字形式注明，减少患者及家属书写的时间，但描黑部分的内容，应由患者方亲笔写明“收到”及签名。

B、向患者近亲属送达死亡通知书同时，需要患者近亲属签名，并注明签名地点，时间精确到分。

C、在患者生前没有写授权委托人时，患者死后应向直系亲属说明，没有直系亲属的，依法律规定二、三代以内的血亲、旁系血亲、配偶血亲顺序告知，直系亲属有明确授权委托书的，向授权委托人说明。

D、患者、近亲属、法定监护人签名，必须签写本人的名字，同时患者近亲属及法定监护人要注明与患者的关系，写明联络电话并将签名时间精确到年月时分，并注明签名地点。医师应核实患者近亲属及法定监护人身份证原件并留取身份证复印件。若近亲属及法定监护人不能提供有效的证件，在患者本人不清醒的情况下，近亲属及法定监护人应将与患者的关系及代理事项写清楚，并签名、按手印。

E、患者的近亲属是指：按照《最高人民法院关于执行<中华人民共和国行政诉讼法>若干问题的解释》诉讼参加人中的第十一条规定“行政诉讼法第二十四条规定的“近亲属”，包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女和其他具有抚养、赡养关系的亲属。”北京市高级人民法院关于民事诉讼法定监护人若干问题的解答（试行）规定“近亲属”是指配偶、直系血亲、三代以内旁系血亲、近姻亲以及其他具有抚养、赡养关系的亲属。前述“近姻亲”是指：（1）直系血亲的配偶；（2）两代以内旁系血亲的配偶；（3）配偶的直系血亲及其配偶；（4）配偶的两代以内旁系血亲及其配偶。

近亲属是指：

配偶：妻子、丈夫

直系血亲：父母、子女

三代以内旁系血亲：兄弟、姐妹、姑姑、姨、舅舅、叔叔、侄子、侄女、外甥、外甥女、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

近姻亲是指：

直系血亲的配偶，如：继父母、有法律收养关系的养父母、儿媳、女婿；

两代以内旁系血亲的配偶，如：弟媳、兄嫂、姐夫、妹夫、姑父、姨夫、舅妈、婶子、侄媳妇、侄女婿、外甥媳妇、外甥女婿；

配偶的直系血亲及其配偶，如：公婆、岳父母；

配偶的两代以内旁系血亲及其配偶，如：大伯子、小叔子、大姑子、小姑子、大舅子、小舅子、大姨子、小姨子。

上述近亲属签名时，签本人的姓名。

法定监护人：法定监护人是法律特别规定的，不是患者委托的。《中华人民共和国民法通则》第十六条规定“未成年人的父母是未成年人的监护人。未成年人的父母已经死亡或者没有监护能力的，由下列人员中有监护能力的人担任监护人：（一）祖父母、外祖父母；（二）兄、姐；（三）关系亲密的其他亲属、朋友愿意承担监护责任，经未成年人的父、母的所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会同意的。对担任监护人有争议的，由未成年人的父、母的所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会在近亲属中指定。对指定不服提起诉讼的，由人民法院裁决。没有第一款、第二款规定的监护人的，由未成年人的父、母所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会或者民政部门担任监护人。”

无民事行为能力或者限制民事行为能力的精神病人，由下列人员担任监护人：（一）配偶；（二）父母；

（三）成年子女；（四）其他近亲属；（五）关系密切的其他亲属、朋友愿意承担监护责任，经精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会同意的。对担任监护人有争议的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会在近亲属中指定。对指定不服提起诉讼的，由人民法院裁决。没有第一款规定的监护人的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会或者民政部门担任监护人。

法定监护人是指：法律规定的对未成年人的监护人

父母

父母死亡的，监护人顺序如下：

祖父母、

兄弟姐妹，

关系亲密的其他亲属、朋友

其他特殊情况（单位、村、居委会，民政部门指定）

精神病人的监护人是指：法律规定的顺序监护人

配偶；

父母；

成年子女；

其他近亲属

关系亲密的其他亲属、朋友

其他特殊情况（单位、村、居委会，民政部门指定）

上述监护人签名时，签本人的姓名。

第七段文字

尸体解剖意见书

我对上述尸体解剖内容已了解，经慎重考虑，我方 **（同意/不同意）**患者方亲笔书写，对死者进行尸体解剖。

患者近亲属/法定监护人签名： 与患者关系：

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

时间： 年 月 日 分 地点：

说明：

A、此项特别设立了患者方同意尸体解剖与否的部分，告知时也可以同时请患者方签名同意与否，节省时间方便操作，留取证据。

B、为了方便患者方及便于操作、节省时间，将患者方对通知书内容的理解表达，用固定文字格式表述，但患者方必须亲笔写明“同意\不同意”

C、如果患者方拒绝写明“同意\不同意”,也不必强迫患者方书写，只要患者方将收到通知书的通知填写签名即可，可以证明医院履行了告知义务，在有条件的情况下，应将说明的情况录音、录像，以备证明。

4、目前北京市规定的尸体解剖机构有:北京大学医学部病理系、北京大学第一医院、北京大学人民医院、首都医科大学病理解剖教研组、卫生部北京医院、中日友好医院、中国医学科学院北京协和医院、中国医学科学院阜外心血管病医院、中国医学科学院肿瘤医院、中国中医研究院广安门医院、首都医科大学

附属北京友谊医院、首都医科大学附属北京天坛医院、北京积水潭医院（限骨肿瘤专业）、首都医科大学附属北京同仁医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、首都医科大学附属北京安贞医院、首都医科大学宣武医院、首都医科大学附属北京儿童医院（仅限儿童）、首都儿科研究所附属北京儿童医院（仅限儿童）、北京市尸检中心（北京天坛医院院内）、铁道部北京铁路总医院、煤炭工业部总医院、北京燕山石油化工公司职工医院、中国航天科技集团公司总医院、首都医科大学附属复兴医院、北京市房山区第一医院、北京市怀柔区第一医院、北京市法庭科学技术鉴定研究所。

说明：

A、目前在上述机构都可以进行尸体解剖，如仅作为科研和教学的尸体解剖可任意选择上述机构进行。

B、按照北京市的司法实践，法院诉讼时只认可北京大学医学部病理系、北京市法庭科学技术鉴定研究所的尸体解剖结论。医院可以根据情况自行决定选择。

C、尸体解剖费用问题，一般患者近亲属不愿意承担尸体解剖费用，为了鼓励尸体解剖工作的开展，为更多患者受益为医学事业做出贡献，建议国家建立专门基金支持尸体解剖工作，目前考虑由医院先期承担。

D、医疗纠纷引发的尸体解剖，医院为了搞清死因，未解决纠纷，在患者近亲属不同意承担尸体解剖费用的情况下，目前由医院先期承担是比较可行的办法。