盐城市中医院医学伦理委员会

## 重大手术伦理审查申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 科室 |  | 床位号 |  | 住院号 |  |
| 简要病史 |  | | | | |
| 手术方案 |  | | | | |
| 告知内容（包括手术方案、不良反应、手术可能存在的风险、隐患与收益、隐私保护等内容） |  | | | | |
| 患者及患者家属意见 | 患者签名（如患者无行为能力可由家属代签）： 家属签名： | | | | |
| 科室意见 | 主管医生签字： 科主任签字： | | | | |
| 医务科意见 |  | | | | |
| 伦理委员会审查意见 | 审查方式： □会议审查 □快速审查审查内容： □手术方案 □知情同意审查意见： □同意手术□修改方案后同意□修改后重审□不同意手术伦理委员会主任委员签字：伦理委员会盖章：年 月 日 | | | | |
| 特殊情况说明 |  | | | | |