

重大（特殊）手术审批备案表

申报科室：

申报日期： 年 月 日

患者姓名：	性别：	年龄：	手术日期： 年 月 日 时 分
手术名称：			
手术级别： <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级			麻醉方式：
特殊手术类型（在□中打√）	1、 患者系 <input type="checkbox"/> 外籍人士、特殊保健对象，如 <input type="checkbox"/> 高级干部、 <input type="checkbox"/> 著名专家、 <input type="checkbox"/> 学者、 <input type="checkbox"/> 知名人士、 <input type="checkbox"/> 民主党派负责人。 2、 <input type="checkbox"/> 无家属或或身份不明患者。 <input type="checkbox"/> 可能引起纠纷者。 <input type="checkbox"/> 进入司法程序的患者。 4、 <input type="checkbox"/> 同一病人24小时内需再次手术者， <input type="checkbox"/> 各种诊断不明的探查手术， <input type="checkbox"/> 非计划再次手术， <input type="checkbox"/> 预知预后不良的手术。 5、 <input type="checkbox"/> 可能导致毁容或致残的手术。 6、 <input type="checkbox"/> 高风险手术（患者年龄超过 70 岁、基础病较多、病情较严重、特殊体质）。 7、 <input type="checkbox"/> 邀请外院医师来院参加手术者。 8、 <input type="checkbox"/> 器官切除及大器官移植。 9、 <input type="checkbox"/> 新开展的手术； 10、 <input type="checkbox"/> 临床试验、研究性手术； 11、 <input type="checkbox"/> 其它。		
术前讨论结果（包括针对特殊情况的处理、患者对手术耐受性的评估、术中可能预见情况及处理预案）			
患者知情同意情况			
术者及职称		助手及职称	
科主任签署	签字： 日期： 年 月 日		
医务部审批	签字： 日期： 年 月 日		
院领导审批	签字： 日期： 年 月 日		

注：特殊手术必须进行科内术前讨论，并有病历记录，经科主任签字后报医教科审核，由副主任医师以上人员签发手术通知单